

Kreis Coesfeld  
Abt. 53 - Gesundheitsamt  
Frau Olga Bobb-Mezker  
Schützenwall 16  
48653 Coesfeld

**Anzeige über die Aufnahme einer Tätigkeit in einem Gesundheitsfachberuf gem.  
§ 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe (GBerG NRW)**

Hiermit zeige ich,

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)**

die Aufnahme einer selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsgruppe  
(m/w/d) an:

- ambulanter Pflegedienst
- Altenpfleger/in
- Diätassistent/in
- Ergotherapeut/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Heilpraktiker/in
- Heilpraktiker/in (Psychotherapie)
- Heilpraktiker/in (Physiotherapie)
- Logopädin/Logopäde
- Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in
- medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik
- medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in
- medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in
- Orthoptist/in
- pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
- Physiotherapeut/in
- Podologin/Podologe
- Andere Berufsgruppe:

**Leistungsumfang/Therapieformen (nur bei Heilpraktikern und Physiotherapeuten auszufüllen)**

\* bei unzureichendem Platz bitte Rückseite nutzen

- Ich eröffne eine eigene Praxis **zum** [REDACTED]
- Ich übernehme eine bestehende Praxis **zum** [REDACTED]
- Ich trete als (Mit-)Inhaber einer bestehenden Praxis bei **ab** [REDACTED]
- Ich bin in einer bestehenden Praxis / einem Krankenhaus angestellt **ab** [REDACTED]
- Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch **ab** [REDACTED]
- Ich bin freiberuflich tätig **ab** [REDACTED]

**Name der Praxis / Betriebsstätte**

**Anschrift der Praxis / Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)**

**Telefonnummer**

**E-Mail-Adresse**

- Praxisform:
- Einzelpraxis
  - Praxisgemeinschaft
  - Gemeinschaftspraxis
  - Zweigniederlassung
  - ambulanter Pflegedienst

**Inhaber/in (m/w/d)**

**Fachliche Leitung**

**ggf. Aufstellung der im Gesundheitsfachberuf tätigen Mitarbeitenden:**

---

---

---

---

\* bei unzureichendem Platz bitte Rückseite nutzen

Der Anzeige sind beigefügt:

- Kopie meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung
- einfache Kopie meines Personalausweises/Reisepasses als Nachweis meiner Staatsangehörigkeit
  
- Kopie der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung *meiner Beschäftigten*
- einfache Kopien der Personalausweise/Reisepässe *meiner Beschäftigten* als Nachweis der Staatsangehörigkeit

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Anzeige

(hierfür wird gem. Tarifstelle 12.1.3.8 der Allgemeinen Verwaltungsgebührenordnung des Landes Nordrhein-Westfalen eine Gebühr in Höhe von **25,00 €** erhoben. Diese ist nach Erhalt eines separaten Gebührenbescheides zu überweisen)

Versand an:  Privat (wie oben)  
 Betriebsstätte (wie oben)

Mir ist bekannt, dass ich zukünftige personelle Änderungen in sowie die Um- und Abmeldung von meiner Praxis mit den vorgenannten erforderlichen Unterlagen ebenfalls anzeigen muss.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich dem Gesundheitsamt auf Verlangen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern gem. § 20 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für mich und meine Beschäftigten nachweisen muss.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Bitte senden Sie diese Anmeldung sowie die genannten Kopien im Original an die angegebene Postanschrift