

Kreis Coesfeld
Abt. 53 - Gesundheitsamt
Frau Franziska Mertens
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:

- amtlich beglaubigte** Kopie meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung
- einfache Kopie meines Personalausweises/Reisepasses als Nachweis meiner Staatsangehörigkeit

- amtlich beglaubigte** 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