

## Meldung eines gesetzlich geregelten Heil- oder Heilhilfsberufs bei selbständiger Tätigkeit nach Art. 10 Abs. 3 GDG

### Persönliche Daten

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel / Akademischer Grad	
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Adresse			
PLZ	Ort		
Telefon			
E-Mail			

Die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ist freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie auf elektronischem Weg kontaktieren dürfen.

### Meldung des Berufs

Berufsbezeichnung <input type="checkbox"/> Desinfektor/in <input type="checkbox"/> Diätassistent/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Hebamme / Geburtshelfer/in <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in allgemein <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf Physiotherapie <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf Psychotherapie		<input type="checkbox"/> Logopäde/in <input type="checkbox"/> Masseur/in / Med. Bademeister/in <input type="checkbox"/> Orthopist/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in / Krankengymnast/in <input type="checkbox"/> Podologe/in / med. Fußpfleger/in <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in <input type="checkbox"/> sonstige:	
Werden invasive Maßnahmen angewendet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:			
Erlaubnis ab	Ausstellende Behörde		
Art der Meldung <input type="checkbox"/> Anmeldung <input type="checkbox"/> Änderung <input type="checkbox"/> Abmeldung			Meldung ab/zum
Geänderte Daten			

## Berufliche Daten

Berufliche Anschrift	
PLZ	Ort
Niedergelassen ab	Telefon
E-Mail	

Die Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ist freiwillig. Wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse angeben, erklären Sie sich einverstanden, dass wir Sie auf elektronischem Weg kontaktieren dürfen.

Berufsausübung <input type="checkbox"/> selbständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich	
Betreiben Sie die Praxis alleine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Nachname Inhaber/in	Vorname Inhaber/in
Anschrift Inhaber/in	
PLZ Inhaber/in	Ort Inhaber/in

## Benötigte Dokumente

<input type="checkbox"/> Die Erlaubnis zur Ausübung des Berufes bzw. zur Führung der Berufsbezeichnung bitte in beglaubigter Kopie beilegen oder im Original zur Einsichtnahme vorlegen
<input type="checkbox"/> Die Bescheinigung einer Haftpflichtversicherung für Haftpflichtansprüche, die sich aus der Ausübung des Berufes ergeben bitte in Kopie beilegen oder im Original zur Einsichtnahme vorlegen

Gemäß Art. 10 Abs. 3 Satz 3 GDG sind Änderungen jeglicher hier angegebenen Daten unverzüglich dem Fachbereich Gesundheit des Landratsamtes Dillingen a.d.Donau anzuzeigen, z.B. Änderung persönlicher Daten, Wechsel des Niederlassungsortes oder Ende einer selbständigen Berufsausübung.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Zur Bearbeitung Ihres Formulars benötigen wir die im Formular genannten Dokumente. Den ausgefüllten Fragebogen und die Anlagen senden Sie bitte an:

Landratsamt Dillingen a.d.Donau  
Fachbereich Gesundheit  
Große Allee 24  
89407 Dillingen a.d.Donau