

Landratsamt Vogtlandkreis  
Gesundheitsamt  
Postplatz 5  
08523 Plauen

<b>Eingangsvermerk Empfänger</b>
----------------------------------

Tel.-Nr. 03741/300-3505

Fax-Nr. 03741/300-4071

E-Mail: gesundheitsamt@vogtlandkreis.de

### Niederlassungsanzeige nach § 10 SächsGDG

Laut § 10 Abs. 1 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) vom 11.12.1991, rechtsbereinigt mit Stand vom 01.03.2012, besteht Anzeigepflicht: "Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Apotheker, Tierärzte, Angehörige der Gesundheitsfachberufe (Altenpfleger, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Logopäden, Masseure und medizinische Bademeister, Orthoptisten, pharmazeutisch-technische Assistenten, Physiotherapeuten, Podologen, Rettungsassistenten, Notfallsanitäter sowie technische Assistenten in der Medizin), Heilpraktiker, selbständig tätige Desinfektoren und sonstige Heilberufe haben Beginn und Beendigung einer selbständigen Berufsausübung unverzüglich der für den Ort der Niederlassung zuständigen Behörde des öffentlichen Gesundheitsdienstes anzuzeigen. Unverzüglich anzuzeigen sind auch nachträgliche Änderungen."

#### Grund der Anzeige:

Anmeldung\*

Ummeldung

Abmeldung

*\*Die Berechtigung zur Ausübung des Berufs und zur Führung der Berufsbezeichnung ist nachzuweisen (siehe erforderliche Unterlagen).*

ab \_\_\_\_\_ (Datum)

frühere Anschrift (bei Ummeldung): \_\_\_\_\_

Niederlassung als: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Hauptniederlassung

Zweitniederlassung

Anschrift: \_\_\_\_\_

...

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Handy-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Praxisinhaber bzw. freiberuflich tätige Person**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Handy-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**fachlicher Leiter**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname<sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Berufserlaubnis**

ab \_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

**Erforderliche Unterlagen:** Approbations- und Facharzturkunde bzw. Berufserlaubnis  
im Original oder als beglaubigte Kopie  
(bei Anmeldung bzw. Änderung)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Als Bestätigung erhalten Sie eine gebührenpflichtige amtsärztliche Bescheinigung, z. B. zur Vorlage bei den Krankenkassen.

<sup>1</sup> bei Namensabweichung auf der Approbations- oder Facharzturkunde bzw. Berufserlaubnis