

Landratsamt Vogtlandkreis
Gesundheitsamt
Postplatz 5
08523 Plauen

Eingangsvermerk Empfänger

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, Masseur 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 _____ Geburtsname¹⁾ _____
Geburtsdatum _____
Privatanschrift: _____
Telefon _____ Fax _____
Handy-Nr. _____ E-Mail _____

fachlicher Leiter

Name, Vorname _____ Geburtsname¹⁾ _____
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.

¹ bei Namensabweichung auf der Approbations- oder Facharzturkunde bzw. Berufserlaubnis