

zurück an:

Kreis Stormarn
Fachdienst Gesundheit
33/101
Mommsenstr. 13
23843 Bad Oldesloe

Gemäß § 12 Abs. 1. GDG hat, wer selbständig einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, dies dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu melden, soweit nicht eine solche Verpflichtung nach anderen Rechtsvorschriften gegenüber anderen Behörden besteht.

Gesundheitsberufe
nach § 12 Gesundheitsdienst-Gesetzes- GDG

Altenpflegerin / Altenpfleger
Apothekerin / Apotheker
Ärztin / Arzt
Ergotherapeutin / Ergotherapeut
(Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin /
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut
Gesundheits- und Krankenpflegerin /
Gesundheits- und Krankenpfleger
(Krankenschwester / Krankenpfleger)
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin /
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger)
Hebamme / Entbindungspfleger
Heilpraktikerin / Heilpraktiker
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin /
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Logopädin / Logopäde
Masseurin und medizinische Bademeisterin /
Masseur und medizinischer Bademeister
Medizinisch-technische
Laboratoriumsassistentin /
Medizinisch-technischer
Laboratoriumsassistent
Medizinisch-technische Radiologieassistentin /
Medizinisch-technischer Radiologieassistent
Medizinisch-technische Assistentin für
Funktionsdiagnostik /
Medizinisch-technischer Assistent für
Funktionsdiagnostik
Orthoptistin / Orthoptist
Pharmazeutisch-technische Assistentin /
Pharmazeutisch-technischer Assistent
Physiotherapeutin / Physiotherapeut
(Krankengymnastin / Krankengymnast)
Podologin / Podologe
(Medizinische Fußpflegerin / Medizinischer
Fußpfleger)
Psychologische Psychotherapeutin /
Psychologischer Psychotherapeut
Rettungsassistentin / Rettungsassistent
Zahnärztin / Zahnarzt

Meldung als Selbständige(r) in einem Gesundheitsberuf

nach § 2 der Landesverordnung über Berufe des Gesundheitswesens vom 7. April 2004 (GVOBl. Schi-H. S. 113)

1. Zur Person

Name: _____

Vorname: _____ ggf. Geburtsname: _____

Geboren am: _____ in _____

Privatanschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax: _____ eMail: _____

2. Zur Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte

Bezeichnung _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____ Fax: _____ eMail: _____

3. Berufsbezeichnung _____

4. Berufsausbildung

Art: _____

Ausbildungsstätte: _____
Name/Ort

Abschlusszeugnis ausgestellt am: _____

5. Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

wurde erteilt am: _____ durch: _____
bei Erstmeldung bitte beglaubigte Ablichtung beifügen

6. Die **selbständige Berufsausübung** in, _____

6.1 beginnt/hat begonnen am: _____

6.2 endet am: _____

- wegen
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verlegung der Praxis nach
außerhalb des Kreises/der kreisfreien Stadt | <input type="checkbox"/> Aufgabe der Berufstätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit | <input type="checkbox"/> anderen Grundes |

7. Die Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte wird **innerhalb** des Kreises / der kreisfreien Stadt **verlegt**

am: _____ nach _____
Anschrift

Für die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift