



Anzeige nach § 12 Abs. 1 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)

Personalien des Anzeigenden:

Nachname: Vorname:
Geburtsname: Titel:
Straße:
Postleitzahl: Ort/Ortsteil:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:
Telefon: E-Mail:
Geschlecht: männlich weiblich divers

Angaben zum Beruf:

Anzeigepflichtiger Beruf

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in | <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/ Arzt | <input type="checkbox"/> Masseur/in / med. Bademeister/in |
| <input type="checkbox"/> Diätassistent/in | <input type="checkbox"/> Medizinische/r Dokumentar/in |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Psychologin/e | <input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische/r Laboratoriums Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische/r Radiologie Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Desinfektor/in | <input type="checkbox"/> Medizinisch-Technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsaufseher/in | <input type="checkbox"/> Pharmazeutisch-Technische/r Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Orthoptist/in |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (HP) | <input type="checkbox"/> Pflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Podologe/in |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut. Psychologe/in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-u. Krankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-u. Kinderkrankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut/in | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____ | |

Fachgebiet/Facharztbezeichnung/
(Fach-)Weiterbildung/Qualifizierung/
Spezialisierung

Angaben zur Tätigkeit

Aufnahme / Beendigung / Änderung zum _____ (Datum)

Art / Grund der Änderung: _____

selbstständige Tätigkeit / angestellten Tätigkeit

hauptberuflich / nebenberuflich

ohne eigene Praxis/Niederlassung / in eigener Praxis/Niederlassung

Anwendungsverfahren:

Angaben zum Tätigkeitsort / Dienstort / Arbeitgeber (Praxis, etc.)

Name:

Straße:

Postleitzahl: Ort/Ortsteil:

Telefon: E-Mail:

Fax: Homepage:

Betriebsstättennummer,
ggf. Praxisstempel
(wenn vorhanden):

--

Werden invasive Tätigkeiten am Menschen ausgeübt? ja nein

Wenn ja, Anwendungs-
verfahren benennen:

Eine Bescheinigung über die erfolgte An- / Abmeldung wird benötigt: ja nein

Die Gebühr je Bescheinigung beträgt derzeit gemäß der Verwaltungskostenordnung (VwKostO-HMSI) 15,00 Euro.
Die Bescheinigung wird nach Begleichung des Gebührenbescheids versendet.

Wichtig:

**Der Anzeige ist eine beglaubigte Kopie der Berufserlaubnisurkunde, bei Ärzten der Approbationsurkunde beizufügen oder im Original dem Gesundheitsamt vorzulegen.
Ebenso wird eine Kopie des Personalausweises/Reisepasses/der Arbeitserlaubnis benötigt (Vor- und Rückseite).**

Ort, Datum

Unterschrift der/s Anzeigenden

Hinsichtlich des Datenschutzes verweisen wir auf die Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten.
Diese Information steht auf der Homepage des Landkreises Gießens zum Download bereit
(<https://www.lkgi.de/gesundheits-und-soziales/gesundheits-und-beruf/berufsaufsicht-im-gesundheitswesen>).