



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

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

Angaben zur Tätigkeit (bitte vollständig ausfüllen)

- Aufnahme zum _____ (Datum)
 Änderung oder Beendigung zum _____ (Datum)

Art / Grund der Änderung: _____

- selbstständige Tätigkeit / angestellten Tätigkeit/ freiberufliche Tätigkeit
 hauptberuflich / nebenberuflich
 ohne eigene Praxis/Niederlassung / in eigener Praxis/Niederlassung

Kassenzulassung: ja nein

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

Name:			
Straße:			
Postleitzahl:		Ort/Ortsteil:	
Telefon:		E-Mail:	
Fax:		Homepage:	

Praxisstempel
(wenn vorhanden):

Bei Ärzten: Lebenslange Arztnummer (LAN) -----
Betriebsstättennummer (BSNR) -----

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 bzw. bei Ärzten eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde beizufügen. Die Urkunde kann auch im Original dem Gesundheitsamt vorgelegt werden (nach Terminvereinbarung).

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 Gießen zum Download bereit.
(<https://www.lkgi.de/gesundheit-und-soziales/gesundheit/gesundheits-und-beruf/berufsaufsicht-im-gesundheitswesen>)