

Vor- und Nachname	Telefon
Straße und Hausnummer	E-Mail
PLZ, Wohnort	Homepage

Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich

Fachbereich Gesundheit

Kurfürstenstraße 67

54516 Wittlich

Telefon: 06571-14-2434

E-Mail: hygiene@bernkastel-wittlich.de

Anzeige über die Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes nach § 14 Abs. 1 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Hiermit melde ich die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsbezeichnung an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in | <input type="checkbox"/> Ich eröffne eine eigene Praxis. |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Psychotherapie) | <input type="checkbox"/> Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch. |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Sprachtherapie) | <input type="checkbox"/> Ich bin als freie/r Mitarbeiter/in in einer bestehenden Praxis tätig. |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Physiotherapie) | |
| <input type="checkbox"/> Masseur/in & med. Bademeister/in | |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnast/in bzw. Physiotherapeut/in | |
| <input type="checkbox"/> Logopäde/in | |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in bzw. Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/in | <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Bestätigung meiner Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | |
| <input type="checkbox"/> Podologe/in | |

Name der Praxis
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Für die Bestätigung der Anmeldung wird gemäß Tarifstelle 3.1.1. eine Gebühr von 21,00 Euro berechnet.

Datum des Beginns der Tätigkeitsaufnahme: _____

- Die nach § 14 Abs. 1 Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst RLP (ÖGDG) erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, sowie eine Kopie meines Personalausweises lege ich in **beglaubigter** Kopie vor. Bei einer Namensänderung nach Erteilung der Erlaubnis, füge ich außerdem eine Kopie der entsprechenden Urkunde (Heiratsurkunde) bei.
- Ich lege die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, sowie meinen Personalausweis im Rahmen der Erstbegehung meiner Praxisräumlichkeiten (bitte unmittelbar Termin vereinbaren) vor.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____