Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

An die

Kreisverwaltung Cochem-Zell

Gesundheitsamt

Endertplatz 2

56812 Cochem

**Anzeige zur Ausübung eines Heilberufes beim Gesundheitsamt**

Ausübung der selbständigen Tätigkeit als: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zeitpunkt des Beginns der Tätigkeit: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Anschrift der Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Invasive Arbeit *(Eindringen in die Haut durch Spritzen, Akupunktur etc.)* in der Praxis:

 [ ]  Ja

 [ ]  Nein

Ergänzung/Bemerkung *(Raum für Änderungen/Beendigung der selbständigen Tätigkeit)*:

|  |
| --- |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (Datum, Unterschrift) |  |  (Stempel) |  |

**Anlage(n):**

[ ]  Approbationsurkunde, Nachweis/e der Gebiets-, Teilgebiets-, Zusatzbezeichnung/en

[ ]  Promotionsurkunde

[ ]  Berufserlaubnis

[ ]  Staatliche Anerkennung

**(Original/e oder beglaubigte Fotokopie/n)**