

Landratsamt Passau
Gesundheitsamt
Passauer Straße 33
94081 Fürstenzell

Meldebogen für selbständige Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe

Bürgerkontodaten

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers					
Titel		Vorname*		Nachname*	
Geburtsdatum*		Geburtsname (falls abweichend)			
Straße*			Hausnummer*		Zusatz
PLZ*		Ort*			
Telefon/Handy			E-Mail		
Handy			Telefax		

Meldebogen für selbständige Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe

Berufsbezeichnung* <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Podologie <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Ergotherapie <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Podologe/in und medizinische Fußpfleger/in <input type="checkbox"/> Diätassistent/in <input type="checkbox"/> Desinfektor/in <input type="checkbox"/> Masseur/in und med. Bademeister/in <input type="checkbox"/> Orthoptist/in <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in	
Berufsausübung* <input type="checkbox"/> selbständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> in abhängiger Stellung	
tätig ab*	

Kontakt Daten Praxis bzw. Tätigkeitsort

Straße*		Hausnummer*	Zusatz
PLZ*	Ort*		

Telefon/Handy	E-Mail
Handy	Telefax

Betreiben Sie die Praxis alleine?*
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es handelt sich um eine
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft

Kontakt Daten Praxisinhaber / Praxisinhaberin

Vorname	Nachname		
Die Adresse des/der Praxisinhabers/in ist die gleiche wie die oben genannte Adresse			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Straße		Hausnummer	Zusatz
PLZ	Ort		

Wird eine Bescheinigung zur Vorlage bei den Krankenkassen benötigt? (Gebühr 12,00 €)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Benötigte Unterlagen

- Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde (in beglaubigter Kopie)*
- Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung*

Zusätzliche Anmerkungen

--

Ort, Datum*	Unterschrift*
-------------	---------------

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie unter <http://www.landkreis-passau.de/meta/datenschutzerklaerung/> abrufen.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Bedarf auch von unserem behördlichen Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@landkreis-passau.de oder 0851/ 397-1771.