

**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			E-Mail		

### Meldebogen für selbständige Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe

<b>Berufsbezeichnung</b> <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"/> Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Logopädie <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	
<b>Berufsausübung</b> <input type="checkbox"/> selbständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich	
<b>tätig ab</b>	

### Kontaktdaten Praxis bzw. Tätigkeitsort

Straße		Hausnummer	Zusatz
PLZ	Ort		
Telefon		E-Mail	

Betreiben Sie die Praxis alleine?

Ja  Nein

Wenn Nein: Es handelt sich um eine

Gemeinschaftspraxis  
 Praxismgemeinschaft

### Kontaktdaten Praxisinhaber / Praxisinhaberin

Praxisname			
Vorname		Nachname	
Die Adresse des/der Praxisinhabers/in ist die gleiche wie die oben genannte Adresse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bei Nein, bitte nachfolgend Adresse eingeben)			
Straße		Hausnummer	Zusatz
PLZ	Ort		

Wird eine Bescheinigung zur Vorlage bei den Krankenkassen benötigt? (Gebühr 12,00 €)

Ja  Nein

### Benötigte Unterlagen

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

### Hinweis:

Unverzüglich anzuzeigen ist jede Änderung sowie auch die Beendigung einer anzeigepflichtigen Tätigkeit.

### 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](mailto:datenschutz@landkreis-passau.de) oder 0851/ 397-1771.