



## Anzeige/Anmeldung eines Berufes des Gesundheitswesens nach § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz

Gesundheitsamt  
Verwaltung  
Kettelerstraße 29  
64646 Heppenheim

Hiermit zeige ich meine selbstständige Tätigkeit gemäß § 12 HGöGD / § 2 Heilberufsgesetz an:

### Antragsteller/in

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Beginn der Tätigkeit	<input type="text"/>	Ende der Tätigkeit	<input type="text"/>

### Praxis

Straße	<input type="text"/>		
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

Ich wünsche KEINE gebührenpflichtige Bescheinigung der Anzeige durch die Abteilung Gesundheit.<sup>1</sup>

Anlage: **Beglaubigte** Abschrift/Fotokopie der

- Approbationsurkunde
- Promotionsurkunde
- Facharztanerkennung/Fachzahnarztanerkennung
- Erlaubnisurkunde / amtlichen Nachweises zu Weiterbildungen
- Arbeitserlaubnis (für ausländische Staatsangehörige)

---

Ort, Datum

Unterschrift und **Stempel**

<sup>1</sup>Die Gebühr je Bescheinigung beträgt 15,00€.

\* freiwillige Angaben