

**Anzeige nach § 7 Abs. 1 der
Verordnung über den öffentlichen
Gesundheitsdienst (GesheitsdV)**



**An das
Landratsamt Gotha
Gesundheitsamt
Eisenacher Straße 3
99867 Gotha**

**Fax-Nr.: 03621 214 665
E-Mail: gesundheit@kreis-gth.de**

Persönliche Angaben	
Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Angaben zum Beruf		
Anzeigepflichtiger Beruf: _____		
Anzeige einer selbstständigen Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Aufnahme <input type="checkbox"/> Beendigung <input type="checkbox"/> selbstständige Tätigkeit zum _____ <small>(Datum)</small> <input type="checkbox"/> einer Beschäftigung von Angehörigen der Heilberufe zum _____ <small>(Datum)</small> <input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung _____ <small>(Datum)</small>		

Angaben zur Berufsausübung	
<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> ohne eigene Praxis
<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> mit eigener Praxis

Angaben zur Berufsausübung	
Name:	
Straße, Nr.:	
Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Öffnungszeiten:	Montag: Dienstag: Mittwoch: Donnerstag: Freitag:

Angaben zu Beschäftigten (ggf. gesonderte Listen beifügen)					
	1	2	3	4	5
Name:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
hauptberuflich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nebenberuflich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbezeichnung:					
Datum der Aufnahme der Beschäftigung:					
Datum der Beendigung der Beschäftigung:					

Angaben zu Leistungsumfang und Angebot (ggf. gesonderte Listen beifügen)

Folgende Unterlagen sind der Anzeige beizufügen:

- Kopie der Berufserlaubnisurkunde (bzw. der Berufserlaubnisurkunden der Mitarbeiter)
- ggf. Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung
- Approbationsurkunde (nur für Ärzte und Apotheker)
- Facharztanerkennung (nur für Ärzte und Diplommediziner)

Ich benötige eine schriftliche Anmeldebescheinigung: ja nein

(Kosten gemäß aktueller Verwaltungskostenordnung für Anmeldebescheinigung: 5,00 €)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)