

Vor- und Nachname	Telefon (Festnetz & Mobil)
Straße	PLZ, Ort
E-Mail	Homepage

**Gesundheitsamt  
der Städteregion Aachen  
Trierer Str.1  
52078 Aachen**

**Anzeige über die Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes nach § 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe des Landes Nordrhein-Westfalen (GBerG)**

Hiermit melde ich die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsbezeichnung an:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Logopäde/in
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in	<input type="checkbox"/> Gesundheits- Kranken- und Kinderkrankenpfleger/in
<input type="checkbox"/> Podologe/in	<input type="checkbox"/> Medizinisch-technische/r Assistent/in
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in	<input type="checkbox"/> Diätassistent/in
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Psychotherapie)	<input type="checkbox"/> Andere:
<input type="checkbox"/> Masseur/in und med. Bademeister/in	

Datum/Beginn der Tätigkeitsaufnahme: \_\_\_\_\_

- Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch.
- Ich eröffne eine eigene Praxis.
- Ich bin als freie/r Mitarbeiter/in in einer bestehenden Praxis tätig.

(Bei Praxiseröffnung oder bei Anmeldung als freier Mitarbeiter einer Praxis bitte nachstehende Praxisangaben ausfüllen!)

Name der Praxis	Telefon
Straße	PLZ, Ort

- Ich beschäftige Mitarbeiter
- Ich wünsche eine Bestätigung meiner Anmeldung

**Für die Bestätigung der Anmeldung wird eine Gebühr in Höhe von 25,00 € fällig.**

**Wichtige Hinweise:**  
Die nach § 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe des Landes Nordrhein-Westfalen (GBerG) erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (in beglaubigter Kopie) und den Nachweis über meine Staatsangehörigkeit (Kopie des Personalausweises) lege ich vor.  
Diese v.g. Nachweise sowie eine namentliche Übersicht (s. Rückseite) erbringe ich auch für die in meiner Praxis tätigen Mitarbeiter/innen, sofern diese ebenfalls einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben.

Jede Änderung im Personalbestand sowie die Beendigung meiner Tätigkeit und die meines Personals werde ich dem Gesundheitsamt unverzüglich anzeigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

