

An:

Landratsamt Wartburgkreis
- Gesundheitsamt –
Medizinalaufsicht
Erzberger Allee 14
36433 Bad Salzungen

Anzeige nach § 7 Absatz 1 der Thüringer Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GesDV TH 1998)

Anzeigepflichtiger Beruf: _____

Arbeitsaufnahme Beendigung

Änderungsmitteilung (siehe Nr.)

zum _____

1. Angaben zur Berufsausübung

hauptberuflich nebenberuflich

ohne eigenen Praxis / Niederlassung

in eigener Praxis / Niederlassung

2. Personalien der/s Anzeigenden

Name: _____ Vorname: _____

ggf. Geburtsname: _____

Geburtsdatum und Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

3. Angaben zur Niederlassung / Praxis

Bezeichnung: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Leistungsspektrum:

4. Angaben zur Qualifikation

Qualifizierung, Spezialisierung, Weiterbildungen:

5. Sonstige Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte folgende Anlagen beifügen:

- **beglaubigte Kopie (nicht älter als drei Monate) der Approbationsurkunde, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung,**
- **Nachweis über Fachgebieten- bzw. Zusatzbezeichnungen**
- **Kopie des Personalausweises**