



Anmeldung für Gesundheitsberufe Oder ambulante Pflegedienste Landkreis Eichstätt

Nachname, Vorname _____

Geburtsname (bei Abweichung) _____

Geburtsdatum, Geburtsort _____

Wohnort (Straße, Hausnummer) _____

Wohnort (PLZ, Ort) _____

 _____  _____

 _____

Praxisanschrift oder Klinik oder Pflegestation:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort _____

 _____  _____

- Berufliche Tätigkeit als:
- Physiotherapeut/in
 - Ergotherapeut/in
 - Logopäde/in
 - Podologe/in
 - Hebamme/ Entbindungshelfer/freiberufliche Hebamme
 - Masseur/in oder medz. Bademeister/in
 - ambulante Pflegedienst
 - Osteopath/in
 - sonstiges _____

Erlaubnis erteilt am: _____ von: _____

Berufsausübung: selbstänig mit eigener Praxis freiberuflich in einer Klinik

seit / ab _____

Betreiben Sie die Praxis alleine? ja nein

Ich beschäftige in meiner Praxis oder Einrichtung weitere Personen: ja nein

Wenn ja (Name, Tätigkeit, Erlaubnis erteilt am /von:

(keine Büroangestellten oder Reinigungskräfte)

Ich führe in meiner Praxis/ Einrichtung keine invasiven Methoden durch (ausschließlich Führen von Gesprächen, Gabe von oralen Medikamenten)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und dass ich die Datenschutzhinweise zum Antrag gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

