

*Wer in einem Heilberuf selbstständig tätig sein will, muss dies entsprechend § 7 Anzeigepflicht, Berufsaufsicht der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (VO-ÖGD-TH) dem Gesundheitsamt vorher anzeigen.
Anzuzeigen sind auch Abmeldungen und nachträgliche Änderungen.*

Anzeige nach § 7 (1) der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst (VO-ÖGD-TH)

Anzeigepflicht gilt für folgende Berufe, Angehörige der Gesundheitsberufe (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut (HPG) |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/> Apotheker |
| <input type="checkbox"/> Podologe | <input type="checkbox"/> Osteopath |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Logopäde |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Motopäde |
| <input type="checkbox"/> Orthoptist | <input type="checkbox"/> Musiktherapeut |
| <input type="checkbox"/> Masseur | <input type="checkbox"/> Medizinischer Bademeister |
| <input type="checkbox"/> pharmazeutisch-technischer Assistent | <input type="checkbox"/> Desinfektor |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent |
| <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter | <input type="checkbox"/> technischer Assistent in der Medizin |
| <input type="checkbox"/> Alten-/ Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Alten-/ Krankenpflegehelfer |
| <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Krankengymnast |
| <input type="checkbox"/> Diätassistent | <input type="checkbox"/> Ernährungsberater |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker (auch mit eingeschränkter Erlaubnis Heilpraktiker): | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktik | |

sonstige Heilberufe (Bezeichnung):

Art der Änderung (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anmeldung | <input type="checkbox"/> Abmeldung | <input type="checkbox"/> Ummeldung | <input type="checkbox"/> Wiederanmeldung |
| <input type="checkbox"/> Namensänderung | <input type="checkbox"/> Wegzug | <input type="checkbox"/> Zweitpraxis | |

Sonstiges:

Zum (Datum):

Personalien des Anzeigenden:

Name, Vorname	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	

Anschrift Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Telefon ggf. Mobilfunk	
E-Mail	

Angaben zur Praxis/Einrichtung im Saale-Holzland-Kreis

Name der Praxis	
Praxisanschrift Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Telefon (dienstlich)	
ggf. Mobilfunk (dienstlich)	
Fax (dienstlich)	
E-Mail	
Homepage	
Öffnungs-/Sprechzeiten	

Beschäftigungsart:

- freiberuflich hauptberuflich nebenberuflich
 in eigener Praxis/Niederlassung ohne eigene Praxis/Niederlassung

Angaben zu Mitarbeitern:

- Ich beschäftige in meiner Praxis/Firma keine weiteren Mitarbeiter
 Ich beschäftige in meiner Praxis/Firma _____ Mitarbeiter mit folgenden Qualifikationen

Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 1)	
---	--

Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 2)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 3)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 4)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 5)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 6)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 7)	
Name, Vorname, Qualifikation (Mitarbeiter 8)	

Anmerkungen zum angebotenen Leistungsspektrum:

Ich führe (in meiner Praxis/Niederlassung)

- keine invasiven Methoden durch
- folgende Methoden durch:
 - Blutentnahmen/Spritzen, Injektionen
 - Ausleitverfahren
 - Akupunktur
 - Weitere Methoden

Ich wünsche eine schriftliche Bescheinigung: ja nein

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz (s. Anlage) zur Kenntnis genommen habe.

Beigefügte Anlagen, auch für die Mitarbeiter:

- beglaubigte Kopie der Approbations-, Promotionsurkunde, Facharztanerkennung, Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung*
- Nachweis über Fachgebiets- bzw. Zusatzbezeichnungen
- ggf. Kopie der Heiratsurkunde bei Namensänderung

*Alternativ können die Dokumente nach Terminvereinbarung unter Tel. 036691 70 833 persönlich im Gesundheitsamt im Original vorgelegt werden.

Datum, Ort

Unterschrift Antragsteller, Stempel

Weitere Rechtsgrundlagen u. a.:

* § 2 (2) Thüringer Heilberufegesetz (ThürHeilBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 29. Januar 2002

* § 2 (1/2) Thüringer Gesetz über die Berufsausübung in den Fachberufen des Gesundheitswesens (HebG TH) vom 29. September 1998