

Vertragsarztstempel

An das Gesundheitsamt
des Saale-Holzland-Kreises
Heinrich-Heine-Straße 15 B

07646 Stadtroda

Anzeige der selbständigen Tätigkeit als Arzt / Zahnarzt im Saale-Holzland-Kreis

Nach ÖGD-VO Thüringen vom 08.08.1990 und Heilberufegesetz ist die Aufnahme und die Beendigung der selbständigen Tätigkeit als Azt / Zahnarzt dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen.

Hiermit zeige ich die Aufnahme meiner vertragsärztlichen /-zahnärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis an.

Zugelassen als:

Vertragsarztsitz:
.....

Tag der Praxiseröffnung:

Weitere Angestellte:

Sprechzeiten:
.....

Gemeinschaftspraxis mit:.....

Ich versichere, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen und gleichlautende Meldungen an die Landesärztekammer Thüringen, den Kreisvertreter der KV / KZV sowie den zuständigen Notfalldienst-Obmann gegeben werden.

Bitte fügen Sie diesem Formblatt eine Kopie Ihrer Approbationsurkunde bei.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift