



Kreis Olpe
Fachdienst Gesundheit und Verbraucherschutz
Westfälische Str. 75
57462 Olpe

**Anzeige über die Aufnahme einer Tätigkeit in einem nicht akademischen Heilberuf
gem. § 18 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG NRW)**

Hiermit zeige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

die Aufnahme einer selbstständigen/freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsgruppe an:

- ambulanter Pflegedienst
- Altenpfleger/in
- Diätassistent/in
- Ergotherapeut/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistent/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Hebamme/Entbindungspfleger
- Heilpraktiker/in
- Heilpraktiker/in (Psychotherapie)
- Heilpraktiker/in (Physiotherapie)
- Logopädin/Logopäde
- Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in
- medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik
- medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in
- medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in
- Orthoptist/in
- pharmazeutisch-technische/r Assistent/in
- Physiotherapeut/in
- Podologin/Podologe
- Sonstiges _____

- Ich eröffne eine eigene Praxis zum _____.
- Ich übernehme eine bestehende Praxis zum _____.
- Ich trete als (Mit-)Inhaber in einer bestehenden Praxis bei ab _____.
- Ich bin in einer bestehenden Praxis angestellt ab _____.
- Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch ab _____.
- Ich bin freiberuflich tätig ab _____.

Name der Praxis

Anschrift der Praxis (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Praxisform:

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Zweigniederlassung
- ambulanter Pflegedienst

Inhaber/in

Fachliche Leitung

Der Anzeige sind beigefügt:

- amtlich beglaubigte Kopie meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung
- amtlich beglaubigte Kopien der Erlaubnisse zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung meiner Beschäftigten
- einfache Kopie meines Personalausweises/Reisepasses als Nachweis meiner Staatsangehörigkeit
- einfache Kopien der Personalausweise/Reisepässe meiner Beschäftigten als Nachweis deren Staatsangehörigkeit

- Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Anzeige.
(hierfür wird gem. Tarifstelle 10.3.8 der Allgemeinen Verwaltungsgebührenordnung des Landes NRW eine Gebühr in Höhe von 25,00 € erhoben. Diese ist nach Erhalt eines separaten Gebührenbescheides zu überweisen)

Mir ist bekannt, dass ich zukünftige personelle Änderungen in sowie die Um- und Abmeldung von meiner Praxis mit den vorgenannten erforderlichen Unterlagen ebenfalls anzeigen muss.

Ort

Datum

Unterschrift