

**zurück an:  
Kreis Pinneberg  
Fachdienst Gesundheit  
z.H. Frau Rix  
Postfach**

**25392 Elmshorn**

**Gemäß § 12 Abs. 1 GDG hat, wer selbständig einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, dies dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu melden, soweit nicht eine solche Verpflichtung nach anderen Rechtsvorschriften gegenüber anderen Behörden besteht.**

### **Gesundheitsberufe**

#### **nach § 12 des Gesundheitsdienst-Gesetzes – GDG**

Altenpflegerin/Altenpfleger	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin/
Apothekerin/Apotheker	
Ärztin/Arzt	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent
Diätassistentin/Diätassistent	
Ergotherapeutin/Ergotherapeut (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin/ Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut)	Medizinisch-technische Radiologieassistentin/ Medizinisch-technischer Radiologieassistent
Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger (Krankenschwester/Krankenpfleger)	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik/ Medizinisch- technischer Assistent für Funktionsdiagnostik
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Kinderkrankenschwester/Kinderkranken- pfleger)	Orthoptistin/Orthoptist
Hebamme/Entbindungspfleger	Pharmazeutisch-technische Assistentin / Pharmazeutisch-technischer Assistent
Heilpraktikerin/Heilpraktiker	Physiotherapeutin/Physiotherapeut (Krankengymnastin/Krankengymnast)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Podologin/Podologe (Medizinische Fußpflegerin/Medizinischer Fußpfleger)
Logopädin / Logopäde	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Masseurin und medizinische Bademeisterin/ Masseur und medizinischer Bademeister	Rettungsassistentin/Rettungsassistent Zahnärztin/Zahnarzt

## Meldung als Selbständige(r) in einem Gesundheitsberuf

nach § 2 der Landesverordnung über Berufe des Gesundheitswesens vom 7. April 2004 (GVOBl Schl.-H S,113)

### 1. Zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

### 2. Zur Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

3. **Berufsbezeichnung:** \_\_\_\_\_

4. **Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_

Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Name/Ort

Abschlusszeugnis ausgestellt am: \_\_\_\_\_

### 5. Die **Erlaubnis** zum Führen der Berufszeichnung

wurde erteilt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**bei Erstmeldung bitte beglaubigte Ablichtung beifügen**

6. Die **selbständige Berufsausübung** in \_\_\_\_\_

6.1. beginnt/hat begonnen am \_\_\_\_\_

6.2. endet am \_\_\_\_\_

wegen

Verlegung der Praxis außerhalb des Kreises Pinneberg

Aufgabe der Berufstätigkeit

Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit

anderer Grund \_\_\_\_\_

### 7. Die Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte wird **innerhalb** des Kreises Pinneberg **verlegt**

am \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_

Anschrift

Für die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_