

Meldepflicht nach

§ 2 Abs. 2 Heilberufsgesetz

An den
Main-Kinzig-Kreis
Amt 53 - Gesundheitsamt
Berufsaufsicht / Anzeigepflicht
Barbarossastr. 16-24
63571 Gelnhausen

FAX: 06051 / 85 911567
E-Mail: med.berufsaufsicht@mkk.de

Beginn der Tätigkeit im MKK:

Beendigung der Tätigkeit im MKK:

Änderung- / Ummeldung zum:

Nachname, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Angaben Praxis / Einrichtung

Bezeichnung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon / Fax:

E-Mail:

Meldepflichtiger Beruf:

- Ärztin / Arzt
- Assistenzärztin / Assistenzarzt
- Zahnärztin / Zahnarzt
- Apothekerin / Apotheker
- Psychotherapeutisch tätige Psychologin / Psychotherapeutisch tätiger Psychologe
- Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer Approbationsurkunde bei.

Ich benötige eine schriftliche
Meldebestätigung

ja* nein

*(Die Gebühr der Meldebescheinigung beträgt gemäß
Verwaltungskostenordnung je: 15,00 €.)

Ort, Datum

Unterschrift