

**Meldepflicht nach**

**§ 2 Abs. 2 Heilberufsgesetz**

An den  
Main-Kinzig-Kreis  
Amt 57 – Amt für Gesundheit und Gefahrenabwehr  
57.3 - Berufsaufsicht / Anzeigepflicht  
Barbarossastr. 16-24  
63571 Gelnhausen

FAX: 06051 / 85 911567  
E-Mail: [med.berufsaufsicht@mkk.de](mailto: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