

Gesundheitsamt Pfaffenhofen
Frau Pal
Krankenhausstraße 70a
85276 Pfaffenhofen

Änderungsmitteilung

(selbstständig / freiberufliche Heilberufe gem. Art. 10, 16 GDG)

Berufsbezeichnung / gemeldet als

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (HP) | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Logopäde/in | <input type="checkbox"/> HP auf dem Gebiet der Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Masseurin / med. Bademeister/in | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Podologe/in | <input type="checkbox"/> Diätassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester/-pfleger | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau |
| <input type="checkbox"/> Hebammen | <input type="checkbox"/> |

Art der Änderung

- Verlegung der Praxis
 nicht invasiv (bei HP)
 Namensänderung

Änderung ab / zum: _____

- Zweitpraxis
 Abmeldung
 Wiederanmeldung
- invasiv (bei HP)
 Wegzug im Landkreis

Nachname / Vorname	ggf. neuer Name
Geburtsdatum	Geburtsort
Praxisanschrift	ggf. neue Praxisanschrift
Privatanschrift	ggf. neue Privatanschrift
Inhaber der Praxis	
Telefon	E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift