

Bitte übersenden an:
Kreis Lippe
Gesundheitsverwaltung
Rintelner Straße 83
32657 Lemgo



Anmeldung der Aufnahme einer Tätigkeit nach § 1a GBerG

(nichtakademische Heilberufe, ambulanter Pflegedienst,
freiberufliche Tätigkeit als Altenpflegerin/Altenpfleger)

Personalien:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: PLZ Ort, Straße Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Hiermit zeige ich die Aufnahme einer selbstständigen / freiberuflichen Tätigkeit

als _____ an.

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

Betriebsstätte

Name der Praxis / Betriebsstätte

Anschrift Praxis / Betriebsstätte: PLZ Ort, Straße Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

- Praxisform:
- Einzelpraxis
 - Gemeinschaftspraxis
 - Praxisgemeinschaft
 - Zweigniederlassung
 - ambulanter Pflegedienst
 - _____

Inhaber/in

Fachliche Leitung

Leistungsumfang/Therapieformen (nur bei Heilpraktikern und Physiotherapeuten auszufüllen)

Eventuell: Aufstellung der in der Praxis tätigen Beschäftigten

Der Anzeige füge ich bei:

- Kopie meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung
- Kopie meines Personalausweises/Reisepasses als Nachweis meiner Staatsangehörigkeit
- Kopien der Erlaubnisse zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung *meiner Beschäftigten*
- Kopien der Personalausweise/Reisepässe *meiner Beschäftigten* als Nachweis deren Staatsangehörigkeit
- Immunitätsnachweis(e)** gegen Covid 19 (im Sinne von §20 a Absatz 2 Satz 1 IfSG)
- Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Anzeige
(Gebühr: EUR 25,00. Diese ist nach Erhalt eines separaten Gebührenbescheides zu überweisen)
 - Versand an: Privat (wie oben)
 - Betriebsstätte (wie oben)

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.

Des Weiteren ist mir bekannt, dass ich dem Fachbereich Gesundheit auf Verlangen einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern oder eine Immunität gegen Masern nach § 20 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für mich und meine Beschäftigten nachweisen muss.

Ort, Datum

Unterschrift