

L.Sieling@minden-luebbecke.de

Kreis Minden-Lübbecke  
Gesundheitsamt  
53.1 Verwaltung  
z.Hd. Frau Sieling  
Portastraße 13  
32423 Minden



## Anmeldung der Aufnahme einer Tätigkeit nach § 1a GBerG (Gesundheitsfachberufe, ambulante Pflegedienste, freiberuflich tätige Pflegefachkräfte)

### Personalien

Name (ggf. Geburtsname): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit zeige ich nach §1a GBerG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nr. 6 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG NRW) meine Arbeitsaufnahme an.

Art der Beschäftigung (z.B. Physiotherapeut...): \_\_\_\_\_

Beginn der Berufsausübung (Datum): \_\_\_\_\_

Die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde)  
bitte in Kopie dieser Tätigkeitsanzeige beifügen.

### Praxisanschrift

Name der Praxis/  
Name des Praxisbetreibers: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Kontakt Daten der Praxis

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Internetadresse: \_\_\_\_\_

### Mitarbeiter

- ☒ In meiner Praxis sind keine weiteren Personen beschäftigt
- ☐ In meiner Praxis sind weitere Personen beschäftigt.  
Eine Namensliste meiner Mitarbeiter sowie deren Kopien der Berufsurkunden füge ich dieser Tätigkeitsanzeige bei.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift