

zurück an:

**Kreis Stormarn**  
**Fachdienst Gesundheit**  
**33/101**  
**Mommsenstr. 13**  
**23843 Bad Oldesloe**

Gemäß § 12 Abs. 1. GDG hat, wer selbständig einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, dies dem Kreis oder der kreisfreien Stadt zu melden, soweit nicht eine solche Verpflichtung nach anderen Rechtsvorschriften gegenüber anderen Behörden besteht.

**Gesundheitsberufe**  
**nach § 12 Gesundheitsdienst-Gesetzes- GDG**

Altenpflegerin / Altenpfleger  
Apothekerin / Apotheker  
Ärztin / Arzt  
Ergotherapeutin / Ergotherapeut  
(Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin /  
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut  
Gesundheits- und Krankenpflegerin /  
Gesundheits- und Krankenpfleger  
(Krankenschwester / Krankenpfleger)  
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin /  
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger  
(Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger)  
Hebamme / Entbindungspfleger  
Heilpraktikerin / Heilpraktiker  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin /  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Logopädin / Logopäde  
Masseurin und medizinische Bademeisterin /  
Masseur und medizinischer Bademeister  
Medizinisch-technische  
Laboratoriumsassistentin /  
Medizinisch-technischer  
Laboratoriumsassistent  
Medizinisch-technische Radiologieassistentin /  
Medizinisch-technischer Radiologieassistent  
Medizinisch-technische Assistentin für  
Funktionsdiagnostik /  
Medizinisch-technischer Assistent für  
Funktionsdiagnostik  
Orthoptistin / Orthoptist  
Pharmazeutisch-technische Assistentin /  
Pharmazeutisch-technischer Assistent  
Physiotherapeutin / Physiotherapeut  
(Krankengymnastin / Krankengymnast)  
Podologin / Podologe  
(Medizinische Fußpflegerin / Medizinischer  
Fußpfleger)  
Psychologische Psychotherapeutin /  
Psychologischer Psychotherapeut  
Rettungsassistentin / Rettungsassistent  
Zahnärztin / Zahnarzt

# Meldung als Selbständige(r) in einem Gesundheitsberuf

nach § 2 der Landesverordnung über Berufe des Gesundheitswesens vom 7. April 2004 (GVOBl. Schi-H. S. 113)

## 1. Zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

## 2. Zur Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte

Bezeichnung \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

3. Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

## 4. Berufsausbildung

Art: \_\_\_\_\_

Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_  
Name/Ort

Abschlusszeugnis ausgestellt am: \_\_\_\_\_

## 5. Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

wurde erteilt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_  
bei Erstmeldung bitte beglaubigte Ablichtung beifügen

6. Die **selbständige Berufsausübung** in, \_\_\_\_\_

6.1 beginnt/hat begonnen am: \_\_\_\_\_

6.2 endet am: \_\_\_\_\_

wegen  Verlegung der Praxis nach außerhalb des Kreises/der kreisfreien Stadt  Aufgabe der Berufstätigkeit  
 Aufnahme einer unselbständigen Tätigkeit  anderen Grundes

## 7. Die Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte wird **innerhalb** des Kreises / der kreisfreien Stadt **verlegt**

am: \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_  
Anschrift

Für die Richtigkeit der Angaben:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift