



## Anzeigepflicht nach §12 HGöGD

### Art der Änderung

- Neuanmeldung
- Zweitpraxis
- Wiederanmeldung
- Ummeldung
- Namensänderung (bitte Kopie Heiratsurkunde zufügen)
- Wegzug
- Abmeldung
- Sonstiges

Änderung zum:

### Ihre Angaben

Nachname:

Geburtsname:

Vorname:

Titel:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

### Praxis / Geschäftliche Adresse

Praxisname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

## Angaben zu Ihrer Tätigkeit:

Ich bin:

Mitarbeiter/innen:

## Angaben zu Ihrer Berufsurkunde / Approbation:

Erlaubniserteilung am:

Ausstellungsbehörde der Erlaubnis:

## Berufsbezeichnung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in                          | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in                               | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Apotheker/in                                  | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut/in            |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin                                   | <input type="checkbox"/> Logopädin / Logopäde                            |
| <input type="checkbox"/> Diätassistent/in                              | <input type="checkbox"/> Masseur / med. Bademeister/in                   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in                              | <input type="checkbox"/> Pflegedienst                                    |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in      | <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung                             |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in            | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in                              |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in            | <input type="checkbox"/> Podologe/in                                     |
| <input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger                  | <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in             |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in                              | <input type="checkbox"/> Rettungsassistent/in                            |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Chiropraktik | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                                      |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in a. d. Gebiet d. Logopädie    |  |

## Upload der Unterlagen unter folgendem Link:

<https://upload.gesundheitsamt-dadi.de/>

Bei „Verfahren“ bitte **Praxisanmeldungen-Anzeigepflicht nach §12 HGöGD** auswählen.

## Zusätzlich benötigte Unterlagen zur Anmeldung:

Bitte reichen Sie bei der Anmeldung unbedingt eine **beglaubigte Kopie** Ihrer **Approbation/ Erlaubnis bzw. Berufsurkunde auf postalischem Weg** an Gesundheitsamt Darmstadt, zu Händen Herrn Bachmann, Niersteiner Str. 3, 64295 Darmstadt ein.

Dies gilt nicht für Heilpraktiker/innen, die ihre Prüfung im Gesundheitsamt Darmstadt absolviert haben! In diesem Fall ist eine einfache Kopie der Erlaubnisurkunde ausreichend und kann zusammen mit dem Anmeldeformular über den o. g. Upload hochgeladen werden.