

Niederlassungsanzeige nach § 14 SächsGDG

Absender:
(Praxisstempel)

An das zuständige Gesundheitsamt:

Eingangsvermerk

→ **Hinweis:**
Bitte füllen Sie leserlich aus.
Bei Rückfragen wenden Sie sich an Ihr
zuständiges Gesundheitsamt

Niederlassungsanzeige

nach § 14 Abs. 1 das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) vom 11.12.1991

Anzeigepflicht:

Die Angehörigen der gesetzlich geregelten ärztlichen, zahnärztlichen, tierärztlichen und sonstigen Gesundheitsberufe, die Apotheker sowie selbständig tätige Desinfektoren haben Beginn und Beendigung einer selbstständigen Berufsausübung unverzüglich den für den Ort der Niederlassung zuständigen Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch nachträgliche Änderungen.

als:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Angehörige/r sonstiger Gesundheitsberufe |
| <input type="checkbox"/> Apothekerin/Apotheker | <input type="checkbox"/> Desinfektorin/Desinfektor | <input type="checkbox"/> |

Grund der Anzeige

- Anmeldung Ummeldung Abmeldung

ab Datum

frühere Anschrift (nur bei Ummeldung)

Praxisinhaber oder freiberuflich tätige Person

Firma

Name

Vorname

Geburtsname¹⁾

Geburtsdatum

Private Angaben

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

Mobil

E-Mail

Niederlassungsanzeige nach § 14 SächsGDG

Fachlicher Leiter

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname ¹⁾	Geburtsdatum

Berufserlaubnis

Bitte fügen Sie der Niederlassungsanzeige die Approbations-/Berufserlaubnisurkunde des Inhabers/der freiberuflich tätigen Person oder im Fall einer Zweitniederlassung des fachlichen Leiters/der fachlichen Leiterin in Kopie bei.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
ab Datum	Berufsbezeichnung
Tätigkeit ausgeübt als: <input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> fachlicher Leiter <input type="checkbox"/> freiberuflich	

Praxisanschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax
<input type="text"/>	
E-Mail	
<input type="text"/>	

Bemerkungen

Amtliche Bescheinigung

Über die Niederlassungsanzeige kann eine gebührenpflichtige Bescheinigung durch das Gesundheitsamt ausgestellt werden. Sie dient u. a. zur Vorlage bei den Krankenkassen.

Bescheinigung erforderlich: Ja
 Nein

Wir bitten um vorherige Terminvereinbarung.

Mitzubringen sind:

- Approbations- oder Berufserlaubnis-Urkunde im Original
- Verwaltungsgebühr (Bar oder EC-Karte)
- Halten Sie ein Personaldokument bereit, dass Sie sich bei Bedarf Ausweisen können.

Bei Zusendung einer beglaubigten Kopie der Berufserlaubnisurkunde an das Gesundheitsamt per Post wird die Bescheinigung über die Niederlassungsanzeige mit Gebührenbescheid und Zahlungsaufforderung dem Antragsteller auf dem Postweg übermittelt.

<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

¹⁾ bei Abweichung vom Namen auf der Approbations-/Berufserlaubnisurkunde