

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ, Wohnort

Homepage

Rhein-Sieg-Kreis  
Der Landrat  
Gesundheitsamt / Verwaltungsaufgaben  
Medizinalaufsicht  
Kaiser-Wilhelm-Platz 1  
53721 Siegburg  
E-Mail [medizinalaufsicht@rhein-sieg-kreis.de](mailto:medizinalaufsicht@rhein-sieg-kreis.de)

**Anzeige über die Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes nach § 18 Abs.1 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) in Verbindung mit §1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe (GBerG NRW) in Verbindung mit § 5 Absatz 1 der Verordnung zur Regelung der Zuständigkeiten nach Rechtsvorschriften für Heilberufe (Zuständigkeitsverordnung Heilberufe-ZustVO HB)**

Hiermit melde ich die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsbezeichnung an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Heilpraktikerin/ Heilpraktiker
- sektorale Heilpraktikerin/ sektoraler Heilpraktiker
- Physiotherapeutin/ Physiotherapeut  
Krankengymnastin/ Krankengymnast
- Logopädin/ Logopäde
- Masseurin/ Masseur und  
medizinische Bademeisterin/ Bademeister
- Podologin/ Podologe
- Ergotherapeutin/ Ergotherapeut  
Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin/ Beschäftigungstherapeut
- 

- Ich eröffne eine eigene Praxis
- Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch
- Ich bin als freie Mitarbeiterin/ freier Mitarbeiter einer bestehenden Praxis tätig

Name der Praxis
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

- Ich wünsche eine Rückbestätigung meiner Anmeldung

**Für die Bestätigung der Anmeldung wird gemäß Tarifstelle 12.1.3.8 eine Gebühr von 25,00 Euro berechnet.**

Datum des Beginns der Tätigkeitsaufnahme

Die nach § 18 Abs. 3 ÖGDG i.V.m. § 2 DVMeld-ÖGDG NRW erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, sowie eine Kopie meines Personalausweises lege ich vor. Bei einer Namensänderung nach Erteilung der Erlaubnis, füge ich außerdem eine Kopie der entsprechenden Urkunde (Heiratsurkunde) bei. Diese v.g. Nachweise sowie eine namentliche Übersicht erbringe ich auch für die in meiner Praxis tätigen Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter, sofern diese gleichfalls einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben.

Ort, Datum

Unterschrift