



Antrag

Anmeldung der Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen vollständig aus

Antragsteller/in:

Abfragefeld	Eingabefeld
Nachname:	
Vorname/n:	
Geburtsname (bei Abweichung):	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Geburtsland:	
Geburtsort:	
Wohnort (Straße, Hausnummer; PLZ, Ort):	
Festnetz Telefon:	
Handynummer:	
E-Mail:	

Angaben zur Tätigkeit:

Abfragefeld	Eingabefeld
Berufsbezeichnung:	
Erlaubnis:	
Ausstellungsbehörde:	
Erlaubnisurkunde bitte beilegen:	erledigt ☐
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung:	erledigt ☐
Berufsausübung:	Bitte Zutreffendes markieren: selbstständig mit eigener Praxis ☐ freiberuflich ☐ angestellt ☐
Berufsausübung/Tätigkeit als (bezogen auf Auswahl):	



Abfragefeld	Eingabefeld	
Tätigkeit ab:		
Tätigkeitsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):		
Festnetz Telefon:		
Handynummer:		
E-Mail:		
Internet-Adresse:		
Wird die Praxis allein betrieben?	Ja ☐ Nein ☐	
Art der Praxis:	Bitte auswählen, welche Art von Praxis vorliegt: Gemeinschaftspraxis ☐ Praxisgemeinschaft ☐	
Inhaber der Praxis (Nachname, Vorname):		
Adresse der Praxis:		
Ort:	Datum:	Unterschrift:

Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen

Abteilung 6

Sachgebiet 62 - Humanmedizin

Prof.-Max-Lange-Platz 1

83646 Bad Tölz

Tel.: +49 (8041) 505-404

Fax: +49 (8041) 505-132

E-Mail: g-amt@lra-toelz.de

www.lra-toelz.de