



## Antrag

---

### Anmeldung der Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen vollständig aus

#### Antragsteller/in:

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

#### Angaben zur Tätigkeit:

Berufsbezeichnung:	
Erlaubnis:	
Ausstellungsbehörde:	
Erlaubnisurkunde bitte beilegen:	<input type="checkbox"/> erledigt / hochgeladen
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung:	<input type="checkbox"/> erledigt / hochgeladen



Berufsausübung:	Bitte Zutreffendes auswählen: <input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> angestellt	
Berufsausübung/Tätigkeit als (bezogen auf Auswahl):		
Tätigkeit ab:		
Tätigkeitsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):		
Festnetz Telefon:		
Handynummer:		
E-Mail:		
Internet-Adresse:		
Wird die Praxis allein betrieben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Art der Praxis:	Bitte auswählen, welche Art von Praxis vorliegt: <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
Inhaber der Praxis (Nachname, Vorname):		
Adresse der Praxis:		
Ort:	Datum:	Unterschrift:

**Landratsamt Bad Tölz-Wolfratshausen**

Gesundheitsamt  
Sachgebiet 63  
Prof.-Max-Lange-Platz 1  
83646 Bad Tölz  
Tel.: +49 (8041) 505-483  
Fax: +49 (8041) 505-132  
E-Mail: [g-amt@lra-toelz.de](mailto:g-amt@lra-toelz.de)  
[www.lra-toelz.de](http://www.lra-toelz.de)