



Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bzw. ausfüllen!

Absender

**Landratsamt Zwickau
Gesundheitsamt**

**Postfach 10 01 76
08067 Zwickau**

Niederlassungsanzeige

**nach § 14 Abs. 1 des Gesetzes über den
öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat
Sachsen (SächsGDG) vom 11. Dezember 1991**

Anzeigepflicht:

Die Angehörigen der gesetzlich geregelten ärztlichen, zahnärztlichen, tierärztlichen und sonstigen Heilberufe, die Apotheker sowie selbstständig 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. Wir bitten um vorherige Terminvereinbarung.

als

Ärztin/Arzt

Zahnärztin/Zahnarzt

Angehörige/r sonstiger Heilberufe

Apothekerin/Apotheker

Desinfektorin/Desinfektor

Grund der Anzeige

Anmeldung

Ummeldung

Abmeldung

ab:

frühere Anschrift (nur bei Ummeldung erforderlich)

Praxisinhaber oder freiberufliche Person

Firma

Vorname

Nachname

Geburtsname (bei Abweichung vom Namen auf der Approbations-/Berufserlaubnisurkunde)

Geburtsdatum

private Angaben

PLZ

Ort

Straße

Hausnummer

Telefonnummer*

EMail*

Mobil*

Fax*

