

**Anzeige nach § 12 Abs. 1 des Hessischen  
Gesetzes über den öffentlichen  
Gesundheitsdienst (HGöGD)**



**An den  
Hochtaunuskreis  
Fachbereich Gesundheitsdienste  
Postfach 19 41  
61289 Bad Homburg v.d.Höhe**

FAX: **06172 / 999 9806**  
E-Mail: [gesundheitsamt@hochtaunuskreis.de](mailto:gesundheitsamt@hochtaunuskreis.de)

Persönliche Angaben	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Wohnort:	
Postleitzahl:	
Straße, Nr.:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Angaben zum Beruf		
Anzeigepflichtiger Beruf:		
Anzeige einer selbständigen Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anzeige einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe Im Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Aufnahme am: _____ (Datum)		
<input type="checkbox"/> Beendigung am: _____ (Datum)		
<input type="checkbox"/> selbständige Tätigkeit zum: _____ (Datum)		
<input type="checkbox"/> einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen zum: _____ (Datum)		
<input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung zum: _____ (Datum)		

Angaben zur Berufsausübung	
<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> ohne eigene Praxis
<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> mit eigener Praxis

Angaben zur Praxis/Einrichtung	
Name:	
Straße, Nr.:	
Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Angaben zu Beschäftigten (ggf. gesonderte Liste beifügen)					
	1	2	3	4	5
Name:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					
hauptberuflich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nebenberuflich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsbezeichnung:					
Datum der Aufnahme der Beschäftigung:					
Datum der Beendigung der Beschäftigung:					

Folgende Unterlagen sind der Anzeige beizufügen:

- Beglaubigte Kopie der Berufsurkunde, bei Ärzten eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde

Nach Eingang der Unterlagen erhalten Sie eine schriftliche Anmeldebescheinigung.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
 (Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift)