



Meldung für Angehörige eines Gesundheitsberufs

nach § 2 der Landesverordnung über Berufe des Gesundheitswesens vom Dezember 2014 (GVOBI Schl.-H S.)

1. Zur Person

Name: _____

Vorname: _____ ggf. Geburtsname: _____

Geboren am: _____

2. Zu Praxen, Zweigpraxen, Betriebs- oder Arbeitsstätten (Mehrfachnennungen möglich)

Bezeichnung: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr. _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Mobil: _____

3. Berufsbezeichnung (einschl. Gebiets-/Zusatzbezeichnung): _____

4. Die Erlaubnis zum Führen der Berufszeichnung/Die Approbation

wurde erteilt am: _____ durch _____

bei Erstmeldung bitte beglaubigte Ablichtung beifügen



5. Die Berufsausübung

in _____
(Praxis, Medizinischem Versorgungszentrum, Zweigstelle)

5.1 beginnt/hat begonnen am _____
 in selbstständiger Tätigkeit in angestellter Tätigkeit

5.2 endet am _____

wegen Verlegung der Praxis Aufgabe der Berufstätigkeit
außerhalb des Kreises/der kreisfreien Stadt
 anderer Gründe

6. Die Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte wird **innerhalb des Kreises/ der kreisfreien Stadt **verlegt****

am _____ nach _____
Anschrift

Für die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

zurück an:

Gesundheitsamt Hansestadt Lübeck

Infektionsschutz

Sophienstrasse 2-8

23560 Lübeck

Tel. 0451-122 5369

