



---

## 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**

