

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Absender

**Landratsamt Zwickau
Gesundheitsamt**

**Postfach 10 01 76
08067 Zwickau**

Niederlassungsanzeige

**nach § 10 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*

E-Mail*

Mobil*

Fax*

Niederlassungsanzeige nach § 10 Abs. 1 SächsGDG
Stand Juni 2022

**LANDKREIS
ZWICKAU**



Fachlicher Leiter

Vorname

Nachname

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

Geburtsdatum

Berufserlaubnis

Bitte fügen Sie der Niederlassungsanzeige die Approbations-/Berufserlaubnisurkunde des Inhabers/der freiberuflich tätigen Person oder im Fall einer Zweitniederlassung des fachlichen Leiters/der fachlichen Leiterin in Kopie bei.

ab:

Berufsbezeichnung

Tätigkeit ausgeübt als: Inhaber fachlicher Leiter freiberuflich

Praxisanschrift

PLZ

Ort

Straße

Hausnummer

Telefonnummer*

Fax*

E-Mail*

Bemerkungen

Amtliche Bescheinigung

Über die Niederlassungserlaubnis wird eine gebührenpflichtige amtliche Bescheinigung durch das Gesundheitsamt ausgestellt. Sie dient u. a. zur Vorlage bei den Krankenkassen.

Bescheinigung gewünscht: Selbstabholung
 Post

Mitzubringen sind: - Approbations- oder Berufserlaubnis-Urkunde im Original
 - 39,00 EUR Verwaltungsgebühr (Bar oder EC-Karte)

Bei Zusendung einer beglaubigten Kopie der Berufserlaubnisurkunde an das Gesundheitsamt per Post wird die Bescheinigung über die Niederlassungsanzeige mit Gebührenbescheid und Zahlungsaufforderung dem Antragsteller auf dem Postweg übermittelt.

Datenschutzhinweis:

Das Informationsblatt zum Datenschutz können Sie auf unserer Internetseite www.landkreis-zwickau.de/dsgvo_gesundheitsamt einsehen.

LANDKREIS
ZWICKAU



Ort, Datum

Unterschrift

Das Formular ist bei elektronischer Übermittlung auch ohne Unterschrift gültig.