

**Absender:**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

**Kreis Soest**

Dezernat Gesundheit,  
Verbraucherschutz und  
Gefahrenabwehr  
Abteilung Gesundheit  
Sachgebiet Verwaltung  
Frau Mend  
Hoher Weg 1-3  
59494 Soest

**Niederlassungsanzeige gemäß § 1a GBerG NRW als**

Berufsbezeichnung:

Praxisname:

Beginn/Datum:

Praxisanschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

Telefon:

\_\_\_\_\_  
Festnetz / Mobil

E-Mail:

Homepage:

Auf folgende Bereiche habe ich mich spezialisiert:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ich bitte mir eine Bescheinigung über die Anzeige meiner Tätigkeit zu übersenden.

Gemäß § 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe (GBerG) NRW füge ich folgende Unterlagen bei:

Für mich:

- beglaubigte Fotokopie** meiner Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie** meines Personalausweises zum Nachweis der Staatsangehörigkeit

Für meine Beschäftigten:

- Auflistung der Beschäftigten siehe Anlage (Seite 3)**
- beglaubigte Fotokopie/n** der Erlaubnis zur Führung der entsprechenden Berufsbezeichnung (**Berufsurkunde**)
- Fotokopie/n** des Personalausweises/der Personalausweise zum Nachweis der Staatsangehörigkeit
- Sonstiges



Ich bin darüber informiert, dass ich die Beendigung meiner Tätigkeit bzw. die Beendigung der Tätigkeit meiner Beschäftigten genauso wie Neueinstellungen oder sonstige Änderungen in Bezug auf meine Tätigkeit (Adress-, Namensänderung etc.) dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen habe.

Mit freundlichen Grüßen

---

Unterschrift