



Anzeigepflicht nach § 12 Abs. 1 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst HGÖGD für Berufe des Gesundheitswesens

FAX: 06051 - 85 911567
E-Mail: med.berufsaufsicht@mkk.de

Beginn der Tätigkeit im MKK:	
Beendigung der Tätigkeit im MKK:	
Änderung- / Ummeldung zum:	
Nachname, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

Angaben Praxis / Einrichtung:

Praxisbezeichnung:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon/ FAX:	
E-Mail:	

Selbständige Tätigkeit ja nein

Beschäftigung von Angehörigen der Berufe im Gesundheitswesen ja nein

Ich benötige eine schriftliche Meldebestätigung ja* nein

***Wir bitten um Zusendung der Berufsurkunde der medizinischen Leitung der Einrichtung**

*Die Gebühr der Meldebescheinigung beträgt gemäß der Verwaltungskostenordnung je 15,-€

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer staatlich anerkannten Berufsurkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung bei.

Ort, Datum

Unterschrift