

Gesundheitsamt Pfaffenhofen
Frau Pal
Krankenhausstraße 70a
85276 Pfaffenhofen

Anmeldung selbstständiger Tätigkeit für Podologen (Art. 10 Abs. 3 GDG)

Angaben zur Person

Nachname		Vorname	
Geburtsname (bei Abweichung)			
Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland		Staatsangehörigkeit
Wohnort: Straße, Hausnummer		Wohnort: PLZ, Ort	
Telefon		Mobil	
Fax		E-Mail	

Tätigkeit

Berufsbezeichnung			
Erlaubnis vom		Ausstellungsbehörde	
Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen			
Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen			
Berufsausübung: <input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich <input type="checkbox"/> in abhängiger Stellung			
Tätig als:		Tätig ab:	
Tätigkeitsort: Straße, Hausnummer		Tätigkeitsort: PLZ, Ort	
Telefon	E-Mail / Internetadresse		
Betreiben Sie die Praxis alleine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft			
Inhaber/in der Praxis: Nachname		Inhaber/in der Praxis: Vorname	
Inhaber/in der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber/in der Praxis: PLZ, Ort	
Masernschutz (Nach 1970 geborene Beschäftigte in Gemeinschaftseinrichtungen und in medizinischen Einrichtungen müssen nachweisen, gegen Masern geimpft oder immun zu sein) - bitte entsprechend ankreuzen:			
<input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen	<input type="checkbox"/> Immunität (Titer)	<input type="checkbox"/> med. Kontraindikation (Attest beifügen)	

Ort, Datum

Unterschrift

**Verhütung übertragbarer Krankheiten
Vollzug der Hygieneverordnung vom 11. August 1987
in der derzeit geltenden Fassung**

Podologen-Praxis

Nachname		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon	Fax		Mobil
E-Mail		Internetadresse	
Ich bin in der Praxis zu folgenden Zeiten erreichbar:			

Bestätigung

In meiner Praxis werden Tätigkeiten, bei denen durch spitze oder scharfe Geräte Krankheitserreger übertragen werden können, ausgeübt, die unter die Bestimmungen der Hygieneverordnung fallen.

Ich bestätige Ihnen hiermit, dass ich die Hygieneverordnung beachte.

Ort, Datum

Unterschrift