

Anmeldung

selbständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe nach Art. 12 GDVG

(für Ergotherapeut/in, Diätassistent/in, Hebamme/Entbindungspfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Logopädin/e, Physiotherapeut/in, Orthoptist/in, Pharmazeutisch-technische/r Assistent/in, Rettungsassistent/in, Technische/r Assistent/in in der Medizin, Podologin/e, Altenpfleger/in)



LANDRATSAMT
ERDING

Landratsamt Erding
Fachbereich 51 - Gesundheitswesen
Lange Zeile 10
85435 Erding

Ansprechpartnerin für Rückfragen:

Frau Seuß
Telefon: 08122 58-1430

Antragsteller/in

Nachname: _____
Geburtsname (bei Abweichung): _____
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben): _____
Geburtsort: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsland: _____
Wohnort: Straße und Hausnummer _____
Wohnort: PLZ, Ort _____
Staatsangehörigkeit: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____ E-Mail: _____

Tätigkeit

Berufsbezeichnung: _____
Erlaubnis am: _____
Ausstellungsbehörde: _____

Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in Kopie beilegen

Berufsausübung

selbständig mit eigener Praxis freiberuflich in abhängiger Stellung
als: _____ ab: _____
Tätigkeitsort: Straße und Hausnummer _____
Tätigkeitsort: PLZ, Ort _____
Telefon: _____ Fax: _____
Handy: _____ E-Mail: _____
Internetadresse: _____
Betreiben Sie die Praxis alleine? ja nein
Es handelt sich um eine Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft
Inhaber der Praxis: Nachname _____
Inhaber der Praxis: Vorname _____
Inhaber der Praxis: Straße und Hausnummer _____
Inhaber der Praxis: PLZ, Ort _____
 Ich beschäftige in meiner Praxis keine weiteren Personen
 Ich beschäftige in meiner Praxis
 Personen gesetzlich geregelter Heilberufe (ggf. Aufstellung beilegen)
 sonstige Mitarbeiter, die mich durch folgende Tätigkeiten unterstützen (ggf. Aufstellung beilegen):

Erklärung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Hygiene-Verordnung (HygV):

1. Ich übe in meiner Praxis keine Tätigkeit aus, bei der durch Geräte oder Instrumente Erreger einer durch Blut übertragbaren Krankheit übertragen werden können.

2. Ich führe in meiner Praxis folgende invasive Methoden durch:

A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen

Injektionen

Infusionen

Neuraltherapie

klassische Eigenblutbehandlung

B) Ausleitverfahren

Aderlass

Blutegeltherapie

unblutiges Schröpfen

blutiges Schröpfen

Baunscheidtieren

C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)

mit Einmalnadeln

mit aufbereiteten Nadeln

D) Weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen

Piercing

Kolonhydrotherapie

Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)

E) Sonstige invasive Maßnahmen

3. Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

4. Ich bereite folgende Instrumente / Geräte auf:

5. Ich halte bei der Aufbereitung von Medizinprodukten die gesetzlichen Vorschriften (IfSG, MPG, MPBetreibV) und die anerkannten Regeln der Technik ein ("*Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten*" *Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut*; Bundesgesundheitsblatt 2001 44:1115 ff.; www.rki.de)

Ort _____ Datum _____

Praxisstempel
_____ Unterschrift