



## Änderungsmitteilung für gesetzlich geregelte Heilberufe nach Art. 10 GDG (Gesundheitsdienstgesetz)

**Berufsbezeichnung/gemeldet als:**

**Art der Änderung:**

Verlegung der Praxis

Abmeldung

Namensänderung

Adressänderung

Sonstiges:

**Änderung ab/zum:**

Nachname/Vorname:	Ggf. neuer Name:
Geboren am:	in:
Anschrift:	Ggf. neue Anschrift:
Praxis	Anschrift der Praxis
Telefon:	E-Mail:

Selbstständig mit eigener Praxis

Freiberuflich

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------