



Meldepflicht nach § 2 Abs. 2 Heilberufsgesetz

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

Meldepflichtige Berufe sind:

- Ärztin / Arzt
- Assistenzärztin /-arzt
- Zahnärztin / -arzt
- Apotheker*in
- Psychotherapeutisch tätige Psychologe*in
- Psychologische Psychotherapeut*in
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer Approbationsurkunde bei.

Ich benötige eine schriftliche
Meldebestätigung

ja* nein

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

Ort, Datum

Unterschrift