



## Meldepflicht nach § 2 Abs. 2 Heilberufsgesetz

FAX: 06051 - 85 911567  
E-Mail: [med.berufsaufsicht@mkk.de](mailto:med.berufsaufsicht@mkk.de)

Beginn der Tätigkeit im MKK:	
Beendigung der Tätigkeit im MKK:	
Änderung- / Ummeldung zum:	
Nachname, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
<b>Angaben Praxis / Einrichtung:</b>	
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