

**Meldeformular zur**  **Ummeldung einer Praxis/Niederlassung** (gem. § 26 Abs. 3 GDG LSA)  
 **Ummeldung eines Pflegedienstes** (gem. § 26 Abs. 3 GDG LSA)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_  
Privatanschrift PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Ortsteil \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit gebe ich dem zuständigen Gesundheitsamt des Landkreises Jerichower Land die:

**Ummeldung meiner Praxis/Niederlassung für / als** \_\_\_\_\_ **bekannt.**

Ich beschäftige Mitarbeiter  ja  nein Ummeldung ab: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift (alt) PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Ortsteil \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Neue Praxisanschrift PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Ortsteil \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Ummeldung eines Pflegedienstes** \_\_\_\_\_ **bekannt.**

Ich beschäftige Mitarbeiter  ja  nein Eröffnung am: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift (alt) PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Ortsteil \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Neue Praxisanschrift PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Ortsteil \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich bin darüber informiert, dass ich die Beendigung meiner Tätigkeit sowie etwaige Änderungen dem Gesundheitsamt umgehend anzuzeigen habe.**

Ich benötige eine Ummeldebesccheinigung  ja  nein

(Für die Bescheinigung wird eine Gebühr von 45,00 Euro erhoben.)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift

Landkreis Jerichower Land

Gesundheitsamt

Bahnhofstraße 9

39288 Burg