

Absender	Telefon
	Datum

Landkreis Stade  
 Gesundheitsamt  
 Heckenweg 7  
 Postfach

21677 Stade

**Anzeige über die Niederlassung als Heilpraktiker im Landkreis Stade**

Anzeige über den            Beginn                      oder  
                                       Beendigung              oder  
                                       Änderung                der Tätigkeit.

ab \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname (bei Verheirateten auch Geburtsname)
--

Geburtsdatum	Berufsbezeichnung
--------------	-------------------

Praxisanschrift
-----------------

Wohnanschrift
---------------

Behörde, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt hat, Ausstellungsdatum
---

Tätigkeit, bzw. Behandlungsschwerpunkte
---

Ich werde invasiv tätig    ja             nein

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

**Anlage**  
**-beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung**