

# Änderungsanzeige

(nach § 14 Abs.1 SächsGDG vom 11.12.1991, in der gültigen Fassung vom 17.08.2024)

## Angaben zum Praxisinhaber / Träger / Freiberufler

Name, Vorname .....

Tätigkeit / Fachbereich .....

Änderung ab Datum .....

## Ummeldung

### neue Anschrift

Straße / Nr. ....

PLZ / Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

### bisherige Anschrift

Straße / Nr. ....

PLZ / Ort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Namensänderung .....

## Niederlassungsform

(ersetzt nicht die An/- Abmeldung des anderen Inhabers)

Einzelpraxis in Gemeinschaftspraxis

Gemeinschaftspraxis in Einzelpraxis

**Datum**

**Unterschrift**

.....

Per Post  
Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge  
Gesundheitsamt  
Referat Amtsärztlicher Dienst  
Schloßhof 2/4, 01796 Pirna

Persönlich  
nach erfolgter Terminabsprache (Tel. 03501 – 515 2302)  
Schloßhof 2/4, 01796 Pirna, Zimmer 3.20  
Per E-Mail  
medizinalaufsicht@landratsamt-pirna.de