

Abteilung Sicherstellung  
Arztregister

**Fax 06131 326-327**

**Praxis-Stempel (optional/falls vorhanden)**

## Mitteilung der Tätigkeitsaufnahme

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein.

---

Titel, Vorname, Name

---

Praxisanschrift

---

Betriebsstättennummer

Hiermit zeige ich an, dass ich meine Tätigkeit als

- zugelassener Vertragsarzt bzw. zugelassener Vertragspsychotherapeut  
 angestellter Arzt bzw. angestellter Psychotherapeut

in der vorgenannten Praxis am

---

Datum

- aufgenommen habe  
 aufnehmen werde

---

Ort, Datum

---

Unterschrift