

Antrag auf Erteilung einer Konzession

zum Betrieb einer

- Privatkrankenanstalt
 Privatentbindungsanstalt
 Privatnervenklinik gem. § 30 Gewerbeordnung (GewO)

1. Antragsteller/in

Familienname		Ggf. Geburtsname		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort			
Geburtsland/-staat			Staatsangehörigkeit/en		
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	

2. Zusätzliche Angaben bei Inhaber/innen eines Aufenthaltstitels i.S.d. Aufenthaltsgesetzes (AufenthG)

Datum Ablauf Aufenthaltstitel (TT.MM.JJJJ)		Name der Ausstellungsbehörde			
Straße der Ausstellungsbehörde		Hausnummer	PLZ	Ort	

Ist selbstständige Erwerbstätigkeit gestattet?

nein ja

Auflagen/Beschränkungen

3. Straf-/Bußgeldverfahren

3.1 Sind Sie vorbestraft und/oder ist ein Strafverfahren gegen Sie anhängig?

nein ja

Lfd. Nr.	Justizbehörde	Aktenzeichen
1		
2		
3		

3.2 Ist ein Bußgeldverfahren wegen Verstößen bei einer gewerblichen Tätigkeit gegen Sie anhängig?

nein ja

Lfd. Nr.	Behörde	Aktenzeichen
1		
2		
3		

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. 130650



3.3 Ist ein Gewerbeuntersagungsverfahren nach § 35 GewO und/oder ein Verfahren wegen Rücknahme oder Widerruf einer Erlaubnis gemäß Gewerbeordnung gegen Sie anhängig?

nein ja

Lfd. Nr.	Behörde	Aktenzeichen
1		
2		
3		

3.4 Haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre eine eidesstattliche Versicherung abgegeben oder wurde Haft zur Erzwingung der eidesstattlichen Versicherung angeordnet?

nein ja

Lfd. Nr.	Behörde	Aktenzeichen
1		
2		
3		

3.5 Ist über Ihr Vermögen ein Vergleichs-, Konkurs- oder Insolvenzverfahren beantragt, eröffnet oder mangels Masse abgelehnt worden?

nein ja

Lfd. Nr.	Behörde	Aktenzeichen
1		
2		
3		

4. Angaben zum Betrieb (falls abweichend von 1.)

Name

Straße Hausnummer PLZ Ort

Telefon (Angabe freiwillig) Fax (Angabe freiwillig) E-Mail (Angabe freiwillig)

Geplantes Eröffnungsdatum

Handelt es sich um eine Neuerrichtung?

nein ja Bisheriger Name des Betriebes

Soll die Anstalt nur in einem Teil eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden?

nein ja

Ist die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskranken bestimmt?

nein ja Ansteckende Krankheiten/Geisteskrankheiten

5. Erbrachte medizinische Leistungen

6. Anstaltsleitung

6.1 Ärztliche/r Anstaltsleiter/in

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

6.2 Stellvertretende/r ärztliche/r Anstaltsleiter/in

Familienname		Vorname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

7. Fachbereichsleitung

7.1 Fachbereichsleiter/in

1	Fachbereich	Familienname		Vorname	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)
2	Fachbereich	Familienname		Vorname	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)
3	Fachbereich	Familienname		Vorname	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)
4	Fachbereich	Familienname		Vorname	
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

7.2 Stellvertretende/r Fachbereichsleiter/in

1	Fachbereich	Familiennamen			Vorname
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)			E-Mail (Angabe freiwillig)
2	Fachbereich	Familiennamen			Vorname
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)			E-Mail (Angabe freiwillig)
3	Fachbereich	Familiennamen			Vorname
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)			E-Mail (Angabe freiwillig)
4	Fachbereich	Familiennamen			Vorname
	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
	Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)			E-Mail (Angabe freiwillig)

8. Beschäftigte Ärzte/Ärztinnen

--

9. Beschäftigte Pflegekräfte

--

10. Sonstiges für die Betriebsführung notwendiges Personal

--

11. Räumlichkeiten

Lfd. Nr.	Anzahl	Zweckbestimmung	Raum-Nr. lt. Anlage	Lage	Grundfläche
1					m ²
2					m ²
3					m ²
4					m ²
5					m ²
6					m ²
7					m ²
8					m ²

12. Ergänzungen/Bemerkungen**13. Anlagen**

Die Angaben sind vollständig und richtig!

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------