



Gesundheitsamt:  
Telefon, Fax:  
E-Mail:

---

## **Anzeige von Bauvorhaben gemäß Art. 2a Abs. 2 MedHygV für ambulant operierende Einrichtungen (Kategorie A) beim zuständigen Gesundheitsamt**

### **Anzeigende Einrichtung**

Einrichtungsname:  
Geschäftsleiter:  
Straße, Haus-Nr.:  
PLZ, Ort:  
Telefon, Fax:

### **Leitender Arzt**

Titel:  
Name, Vorname:  
Telefon:  
E-Mail:

### **Geplante Baumaßnahme**

Geplanter Beginn:  
Zuständiges Gesundheitsamt:

### **Anlagen**

- Krankenhaushygienisches Gutachten
- Baupläne (Maßstab 1:100) erstellt am

Gezeichnet:

---

Ort, Datum

Unterschrift