

**Meldung über alternativ- und komplementärmedizinische Tätigkeiten
gemäss Artikel 26 Gesundheitsgesetz (RB 30.2111)**

Name, Vorname	
Strasse, PLZ, Ort	
Tel.-Nummer	
Email	
Internet-Adresse	
Geburtsdatum	
Adresse der Praxis	
Öffnungszeiten	

Beschreibung der angebotenen alternativ- oder komplementärmedizinischen Tätigkeiten:
(evtl. zusätzliches Blatt benutzen)

Angaben über besuchte Aus- und Weiterbildungen:

Ich bestätige die Richtig- und Vollständigkeit der obigen Angaben:

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

Diese Meldung senden an:

Amt für Gesundheit
Klausenstrasse 4
6460 Altdorf