

**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

afg@ur.ch