

An den

**Landkreis Havelland  
Gesundheitsamt  
Medizinalaufsicht/-statistik  
Platz der Freiheit 1  
14712 Rathenow**

Absender:

--

Anzeige nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) vom 23. April 2008 (GVBl. I, Nr. 5, S. 95)

**Anzeigepflichtiger Beruf des Gesundheitswesens:**

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_ 2)

- 1) Beginn der selbständigen Berufsausübung zum \_\_\_\_\_
- 1) Beendigung der selbständigen Berufsausübung zum \_\_\_\_\_
- 1) Änderungsmitteilung zum \_\_\_\_\_  
Datum

**Anzeigepflichtige kranken- und Altenpflegerische Tätigkeit:**

JA  1) (siehe Rückseite) NEIN  1)

**Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens:**

JA  1) (siehe Rückseite) Änderung:  1) (siehe Rückseite) NEIN  1)

**1. Personalien des Anzeigenden**

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon, E-Mail-Adresse:	

**2. Angaben zur Einrichtung**

Bezeichnung:	
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
Einzugsbereich:	

1) Zutreffendes bitte ankreuzen

2) Bei Anmeldung eine beglaubigte Kopie der Urkunde als Anlage beifügen!

### 3. Angaben zur Qualifikation

nachgewiesene <sup>2)</sup> Qualifizierung/ Spezialisierung/ Weiterbildung	
---	--

### 4. Angaben zu den Beschäftigten (gegebenenfalls Blatt beifügen)

Lfd.-Nr.:	1	2	3
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Berufs- bezeichnung <sup>2)</sup>			
Qualifizierung/ Spezialisierung <sup>2)</sup>			
Datum der Aufnahme der Beschäftigung			
Datum der Beendigung der Beschäftigung			

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der anzeigenden Person

sonstiger Kommentar

--

1) Zutreffendes bitte ankreuzen.

2) **Eine beglaubigte Kopie der Urkunde als Anlage beifügen!**