

Landkreis Havelland
Gesundheitsamt
Forststraße 45
14712 Rathenow

Absender/Anzeigender

Anzeige

nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl.I S. 95)

Anzeigenpflichtiger Beruf * / Berufsbezeichnung*:

*(Bei Anmeldung ist eine **beglaubigte Kopie** der Urkunde als Anlage beizufügen)

- Aufnahme
- Beendigung
- einer selbständigen Berufsausübung zum _____._____.**20**_____
- einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens zum _____._____.**20**_____
- Änderungsmeldung (Praxissitz etc.)

1. Personalien der / des Anzeigenden

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

2. Angaben zur Einrichtung / Niederlassung

Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse	
Homepage	

3. Angaben zur Qualifikation

Qualifizierung / Spezialisierung	

4. Angaben zu Beschäftigten

keine Beschäftigten Beschäftigte siehe Anlage - Beschäftigte

5. Erklärung zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Hiermit erkläre ich, dass ich gemäß Art. 4 Abs. 2 Buchstabe d der Richtlinie 2011/24/EU zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen habe oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung abgesichert bin, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist.

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anmeldung erbeten:

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person

Anzeige

nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl.I S. 95)

Anlage – Beschäftigte –

lfd. Nr.	1 (Beschäftigte)	2 (Beschäftigte)	3 (Beschäftigte)	4 (Beschäftigte)
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Berufsbezeichnung Bei Anmeldung ist eine <u>beglaubigte</u> Kopie der Urkunde als Anlage beizufügen.				
Qualifizierung / Spezialisierung				
Datum der Aufnahme der Beschäftigung				
Datum der Beendigung der Beschäftigung				

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person

*** Bitte die beglaubigten Kopie der Berufsurkunde jedes Beschäftigten der Berufe des Gesundheitswesens zur Anzeige hinzufügen!!!**

**Anlage – Hebammen und Entbindungspfleger –
Die Angaben zu dieser Anlage sind freiwillig. Sie dienen statistischen Erhebungen**

Jahresänderungsmeldung 20____ (Stichtag 31.12)

1. Angaben zur Berufsausübung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hauptberuflich | <input type="checkbox"/> nebenberuflich |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit – Stundenumfang ca. _____ |
| <input type="checkbox"/> in eigener Praxis /
Niederlassung | <input type="checkbox"/> ohne eigene Praxis / Niederlassung |

2. Angaben zum Leistungsspektrum

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwangerenvorsorge | <input type="checkbox"/> Wochenbettbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Hilfe bei Beschwerden / Wehen | <input type="checkbox"/> Still- und Ernährungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Hausgeburt | <input type="checkbox"/> Geburtshaus-Geburt |
| <input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungskurse | <input type="checkbox"/> Beleggeburt |
| <input type="checkbox"/> Familienhebamme | <input type="checkbox"/> Rückbildungskurse <input type="checkbox"/> sonstige Kurse |

3. Wohnort der betreuten Frauen nach Landkreis

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| BAR | LDS | EE | HVL | MOL | OHV | OSL |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LOS | OPR | PM | PR | SPN | TF | UM |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BRB | CB | FF | P | Berlin | andere | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

4. Angaben zu Beschäftigten

keine

1	2	3	4
<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich
<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> nebenberuflich
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit
<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person