**Landkreis Havelland** Absender/Anzeigender

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Gesundheitsamt**

**Forststraße 45**

**14712 Rathenow**

**Anzeige**

**nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBI.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 Buschstabe d der Richtlinie

2011/24/EU zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen eine Berufshaft-

pflichtvesicherung 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 (GVBI.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 beglaubigte 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**

**Gesundheitswesen zur Anzeige hinzufügen!!!**

**Landkreis Havelland** Absender/Anzeigender

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Gesundheitsamt**

**Forststraße 45**

**14712 Rathenow**

**Anlage – Hebammen und Entbindungspfleger –**

**Die Angaben zu dieser Anlage sind freiwillig. Sie dienen statistischen Erhebungen**

**** Jahresänderungsmeldung 20\_\_\_\_ (Stichtag 31.12)

**1. Angaben zur Berufsausübung**

**** hauptberuflich  nebenberuflich

**** Vollzeit  Teilzeit – Stundenumfang ca. \_\_\_\_\_\_\_

**** in eigener Praxis /  ohne eigene Praxis / Niederlassung

Niederlassung

**2. Angaben zum Leistungsspektrum**

**** Schwangerenvorsorge  Wochenbettbetreuung

 Hilfe bei Beschwerden / Wehen  Still- und Ernährungsberatung

 Hausgeburt  Geburtshaus-Geburt

**** Geburtsvorbereitungskurse  Beleggeburt

**** Familienhebamme  Rückbildungskurse  sonstige Kurse

**3. Wohnort der betreuten Frauen nach Landkreis**

BAR LDS EE HVL MOL OHV OSL

      

LOS OPR PM PR SPN TF UM

      

BRB CB FF P Berlin andere

     

**4. Angaben zu Beschäftigten**

**** keine

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| hauptberuflich  nebenberuflich | hauptberuflich  nebenberuflich | hauptberuflich  nebenberuflich | hauptberuflich  nebenberuflich |
| Vollzeit  Teilzeit | Vollzeit  Teilzeit | Vollzeit  Teilzeit | Vollzeit  Teilzeit |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum Unterschrift der anzeigenden Person