

Dienstgebäude (Besucheradresse):
Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit,
Fachdienst Amtsärztlicher Dienst/Hygiene
Havelstraße 29, 16515 Oranienburg



Landkreis Oberhavel
Fachbereich Gesundheit
Fachdienst Amtsärztlicher
Dienst/Hygiene
Adolf-Dechert-Straße 1
16515 Oranienburg

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars

Dieses Formular ist sowohl online am Computer als auch per Hand ausfüllbar. Sollten Sie die handschriftliche Variante wählen, achten Sie bitte auf gute Lesbarkeit. In jedem Fall überprüfen Sie bitte eingehend, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind.

Kästchen sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.

**Anzeige
nach § 12 Abs. 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz -
BbgGDG für Hebammen**

Anzeigepflichtiger Beruf

Hebamme
Entbindungspfleger

Bei Anmeldung ist eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde als Anlage beizufügen.

Institutionskennzeichen (IK)

(Bitte die Nummer eintragen und eine Kopie vom Mitteilungsschreiben beifügen)

Aufnahme einer selbstständigen Berufsausübung zum:

Aufnahme einer Beschäftigung von
Angehörigen der Berufe des
Gesundheitswesens zum:

Beendigung zum:

Änderungsmitteilung zu Nr. zum:

1. Personalien des Inhabers

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort, OT

Telefonnummer

Faxnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

2. Angaben zur Berufsausübung des Inhabers

hauptberuflich

Vollzeit

in eigener Praxis

nebenberuflich

Teilzeit - Stundenumfang _____

ohne eigene Praxis / Niederlassung

3. Angaben zur Praxis / Niederlassung

Bezeichnung

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Faxnummer

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Webseite

4. Angaben zum Leistungsspektrum

Schwangerenvorsorge

Hilfe bei Beschwerden / Wehen

Hausgeburt

Beleggeburt

Rückbildungskurse

Familienhebamme

Wochenbettbetreuung

Still- und Ernährungsberatung

Geburtshausgeburt

Geburtsvorbereitungskurse

sonstige Kurse

5. Angaben zur Qualifikation des Anzeigenden

Qualifizierung/
Spezialisierung

Bitte eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde als Anlage beifügen.

6. Angaben zu den Beschäftigten

keine Beschäftigten

Beschäftigte, siehe Anlage Beschäftigte

7. 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 Regelungen abgesichert bin, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist.

Ort

Stempel und Unterschrift des Anzeigenden