

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 Tätigkeiten mit Kassenzulassung

Anzeigepflichtiger Beruf / Berufsbezeichnung

--

Bitte eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde als Anlage beifügen..

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: |
| Änderungsmitteilung zu Nr. | zum: |
| Beendigung | zum: |

1. Personalien des Inhabers	
Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	

2. Angaben zur Berufsausübung

hauptberuflich
in eigener Praxis/Niederlassung

nebenberuflich
ohne eigene Praxis/Niederlassung

3. Angaben zur Praxis / Niederlassung

Bezeichnung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
Mobilnummer	
E-Mail-Adresse	
Webadresse	

4. Angaben zur Berufsbezeichnung, Qualifikation des Inhabers, sofern fachlicher Leiter

Berufsbezeichnung	
Qualifizierung/Spezialisierung	

Bitte eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde und Qualifikationsbescheinigung als Anlage beifügen.

5. Angaben zum fachlichen Leiter, sofern nicht Inhaber

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
hauptberuflich	nebenberuflich
Beschäftigung ab	
Berufsbezeichnung	
Qualifizierung	

Bitte eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde und Qualifikationsbescheinigung als Anlage beifügen.

Ort

--

Stempel und Unterschrift des Inhabers