

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 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz-BbgGDG für Tätigkeiten ohne Kassenzulassung

Anzeigepflichtiger Beruf / Berufsbezeichnung
Bitte eine beglaubigte Kopie der Berufsurkunde als Anlage beifügen.

Aufnahme einer selbstständigen Berufsausübung	zum:
Änderungsmitteilung zu Nr.	zum:
Beendigung	zum:

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


2. Angaben zur Berufsausübung	
<input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> in eigener Praxis / Niederlassung	<input type="checkbox"/> nebenberuflich <input type="checkbox"/> ohne eigene Praxis / Niederlassung

3. Angaben zur Praxis/Niederlassung

Bezeichnung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort, OT	
Telefonnummer	
Faxnummer	
Funknummer	
E-Mail-Adresse	
Homepage	

4. Angaben zur Berufsbezeichnung, Qualifikation des Anzeigenden

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

_____  _____
Ort Stempel und Unterschrift des Inhabers