

Anzeige nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst

(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG)



Landkreis Dahme-Spreewald
Gesundheitsamt
Schulweg 1b
15711 Königs Wusterhausen

Hinweise:

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 16 BbgGDG und unterliegt dem Datenschutz.

Kästchen ☐ sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.

¹⁾ Bitte jeweils eine beglaubigte Kopie der Urkunde als Anlage beifügen.

Anzeigepflichtiger Beruf

Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens

☐ ja ☐ nein

☐ Aufnahme

☐ Beendigung

☐ einer selbständigen Berufsausübung zum

zum _____

☐ einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens

zum _____

☐ Änderungsmitteilung zu Nr. _____

zum _____

1. Personalien des/der Anzeigenden

Name, Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Anschrift (Straße, Hsnr., PLZ, Ort)			
Telefon		Fax	
E-Mail			

2. Angaben zur Berufsausübung

☐ hauptberuflich

☐ in eigener Praxis/Niederlassung

☐ nebenberuflich

☐ ohne eigene Praxis/Niederlassung

3. Angaben zur Praxis/Niederlassung				
Bezeichnung				
Anschrift (Straße, Hsnr., PLZ, Ort)				
Telefon		Fax		
E-Mail				
Homepage				
Einzugsbereich				

4. Angaben zur Qualifikation	
Berufsbezeichnung ¹⁾	
Qualifizierung ^{1)/} Spezialisierung ¹⁾	

5. Angaben zu den Beschäftigten				
Lfd. Nummer	1	2	3	4
Name, Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Haupt- oder Nebenberuflichkeit	☐ hauptberuflich ☐ nebenberuflich	☐ hauptberuflich ☐ nebenberuflich	☐ hauptberuflich ☐ nebenberuflich	☐ hauptberuflich ☐ nebenberuflich
Berufsbezeichnung ¹⁾				
Qualifizierung ^{1)/} Spezialisierung ¹⁾				
Datum d. Aufnahme der Beschäftigung				
Datum d. Beendigung der Beschäftigung				

Ort, Datum _____

Unterschrift der anzeigenden Person _____