

# 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 \_\_\_\_\_
- 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 <sup>1)</sup>	
Qualifizierung <sup>1)</sup> / Spezialisierung <sup>1)</sup>	

5. Angaben zu den Beschäftigten				
Lfd. Nummer	1	2	3	4
Name, Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Haupt- oder Nebenberuflichkeit	<input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich	<input type="checkbox"/> hauptberuflich <input type="checkbox"/> nebenberuflich
Berufsbezeichnung <sup>1)</sup>				
Qualifizierung <sup>1)</sup> / Spezialisierung <sup>1)</sup>				
Datum d. Aufnahme der Beschäftigung				
Datum d. Beendigung der Beschäftigung				

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der anzeigenden Person