

**Gesundheitsamt****Stadtverwaltung Cottbus****Fachbereich Gesundheit****Karl-Marx-Straße 67****03044 Cottbus/Chósebuz****Absender**

---

---

---

---

**Anzeige**

nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg  
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl.I S. 95)

Anzeigepflichtiger Beruf / Berufsbezeichnung:

---

**(Bei Anmeldung ist eine beglaubigte Kopie der Urkunde als Anlage beizufügen)**

- Aufnahme
- Beendigung
- einer selbstständigen Berufsausübung zum \_\_\_\_\_
- einer Beschäftigung von Angehörigen  
der Berufe des Gesundheitswesens \_\_\_\_\_
- Änderungsmeldung

**1. Personalien der/des Anzeigenden**

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	

**ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern  
oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)**  
(Bei Anmeldung ist das ärztliche Attest als Anlage beizufügen.)

 Ja    Nein

## **2. Angaben zur Einrichtung/Niederlassung**

Bezeichnung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse	
Homepage	

## **3. Angaben zur Qualifikation**

Qualifizierung Spezialisierung	

## **4. Angaben zu Beschäftigten**

keine Beschäftigten       Beschäftigte (siehe Anlage – Beschäftigte)

## **5. 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 Regelung abgesichert bin, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist.

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anmeldung erbeten      Ja       Nein

---

Datum, Ort

---

Unterschrift der anzeigenpflichtigen Person

Anzeige

nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg  
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl.I S. 95)

**Anlage – Beschäftigte -**

Ifd. Nr.	1	2	3
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Berufsbezeichnung Bei Anmeldung ist eine <u>beglaubigte</u> Kopie der Urkunde als Anlage beizufügen			
Qualifizierung / Spezialisierung			
<b>ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen) <sup>2)</sup></b>	<input type="checkbox"/> Ja <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>1)</sup>
Datum der Aufnahme der Beschäftigung			
Datum der Beendigung der Beschäftigung			

---

Datum, Ort

---

Unterschrift der anzeigenenden Person

---

<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.

<sup>2)</sup> **Ärztliches Attest ist als Anlage beigefügt.**

**Stadtverwaltung Cottbus**  
**Fachbereich Gesundheit**  
**Karl-Marx-Straße 67**  
**03044 Cottbus/Chósebuz**


**Anlage – Hebammen und Entbindungsangebote –****Die Angaben zu dieser Anlage sind freiwillig. Sie dienen statistischen Erhebungen.** Jahresänderungsmeldung 20\_\_\_\_ (Stichtag 31.12.)**1. Angaben zur Berufsausübung**

<input type="checkbox"/> hauptberuflich	<input type="checkbox"/> nebenberuflich
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit - Stundenumfang ca.____
<input type="checkbox"/> in eigener Praxis/Niederlassung	<input type="checkbox"/> ohne eigene Praxis/Niederlassung

**2. Angaben zum Leistungsspektrum/Angebot**

<input type="checkbox"/> Schwangerenvorsorge	<input type="checkbox"/> Wochenbettbetreuung
<input type="checkbox"/> Hilfe bei Beschwerden/Wehen	<input type="checkbox"/> Still- und Ernährungsberatung
<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Geburtshausgeburt
<input type="checkbox"/> Geburtsvorbereitungskurse	<input type="checkbox"/> Rückbildungskurse
<input type="checkbox"/> Familienhebamme	<input type="checkbox"/> Beleggeburt
	<input type="checkbox"/> sonstige Kurse

**3. Wohnort der betreuten Frauen nach Landkreis**

BAR	LDS	EE	HVL	MOL	OHV	OSL
<input type="checkbox"/>						
LOS	OPR	PM	PR	SPN	TF	UM
<input type="checkbox"/>						
BRB	CB	FF	P	Berlin	andere	
<input type="checkbox"/>						

**4. Angaben zu Beschäftigten** keine

1	2	3
<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"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

Datum, Ort

Unterschrift der anzeigenenden Person