

**Stadtverwaltung Cottbus**  
**Fachbereich Gesundheit**  
**Karl-Marx-Straße 67**  
**03044 Cottbus/Chóšebuz**  
Tel.: 0355 / 612 32 07  
Fax: 0355 / 612 13 32 07

Absender

**Anzeige nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhausplanung vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95)**

**Anzeigepflichtiger Beruf <sup>2)</sup>:**

**Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens**

☐ Ja<sup>1)</sup> ☐ Nein<sup>1)</sup>

- ☐ Aufnahme<sup>1)</sup>
- ☐ Beendigung<sup>1)</sup>
- ☐ einer selbständigen Berufsausübung<sup>1)</sup> zum \_\_\_\_\_
- ☐ einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens<sup>1)</sup> zum \_\_\_\_\_
- ☐ Änderungsmitteilung<sup>1)</sup> zum \_\_\_\_\_

### 1. PERSONALIEN DES ANZEIGENDEN

1.1	Name, Vorname	
1.2	Geburtsname	
1.3	Geburtsdatum/ -ort	
1.4	Straße, Haus-Nr.	
1.5	PLZ, Wohnort	
1.6	Tel./ Fax/ E-Mail	
	<b>ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)<sup>3)</sup></b>	<input type="checkbox"/> Ja <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>1)</sup>

### 2. ANGABEN ZUR BERUFS AUSÜBUNG

- ☐ Hauptberuflich<sup>1)</sup> ☐ Nebenberuflich<sup>1)</sup>
- ☐ in eigener Praxis/Niederlassung<sup>1)</sup> ☐ ohne eigene Praxis/Niederlassung<sup>1)</sup>

### 3. ANGABEN ZUR EINRICHTUNG / NIEDERLASSUNG

3.1	Bezeichnung	
3.2	Straße, Haus-Nr.	
3.3	PLZ, Ort	
3.4	Tel./ Fax/ E-Mail	
3.5	Einzugsbereich	

#### 4. ANGABEN ZUR QUALIFIKATION

4.1	Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>	
4.2	Qualifikation	
	Spezialisierung	

#### 5. ANGABEN ZU DEN BESCHÄFTIGTEN

	Lfd. Nr.		
	1	2	3
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Haupt- oder Nebenberuflichkeit			
Berufsbezeichnung <sup>2)</sup>			
Qualifikation/ Spezialisierung			
ärztl. Nachweis über Masern- Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikati- onen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen) <sup>3)</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>	<input type="checkbox"/> Ja <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Nein <sup>1)</sup>
Datum der <u>Aufnahme</u> des Beschäftigungsverhältnisses			
Datum der <u>Beendigung</u> des Beschäftigungsverhältnisses			

(weitere Beschäftigte bitte auf beiliegendes Blatt „Angaben zu den Beschäftigten“ eintragen)

„Anzeige gem. § 67 Abs. 1 AMG bzw. Beantragung einer Herstel-  
lungserlaubnis gem. §§ 13, 20b oder 20c AMG“

→ Abteilung 4 (Landesgesundheitsamt) des Landesamtes für Soziales und Versorgung (LASV)  
15806 Zossen, Wünsdorfer Platz 3

☐ Ja<sup>1)</sup>   ☐ Nein<sup>1)</sup>

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anzeige erbeten?

Ja ☐<sup>1)</sup>   Nein ☐<sup>1)</sup>

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person

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

<sup>2)</sup> Eine **beglaubigte** Kopie der Urkunde/Erlaubnis ist als Anlage beigelegt.

<sup>3)</sup> **Ärztliches Attest ist als Anlage beigelegt.**

**ANGABEN ZU DEN BESCHÄFTIGTEN (zusätzlich)**

	Lfd. Nr.		
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Geburtsort</b>			
<b>Haupt- oder Nebenberuflichkeit</b>			
<b>Berufsbezeichnung<sup>2)</sup></b>			
<b>Qualifikation/ Spezialisierung</b>			
<b>ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)<sup>3)</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>
<b>Datum der <u>Aufnahme</u> des Beschäftigungsverhältnisses</b>			
<b>Datum der <u>Beendigung</u> des Beschäftigungsverhältnisses</b>			

	Lfd. Nr.		
<b>Name, Vorname</b>			
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Geburtsort</b>			
<b>Haupt- oder Nebenberuflichkeit</b>			
<b>Berufsbezeichnung<sup>2)</sup></b>			
<b>Qualifikation/ Spezialisierung</b>			
<b>ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)<sup>3)</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>
<b>Datum der <u>Aufnahme</u> des Beschäftigungsverhältnisses</b>			
<b>Datum der <u>Beendigung</u> des Beschäftigungsverhältnisses</b>			