

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

**Anzeige des Anbieters/Erbringers einer
 kranken- oder Altenpflegerischen Tätigkeit**

☐ Ja¹⁾ ☐ Nein¹⁾

**Anzeigepflichtige Beschäftigung von Pflege-
 Kräften**

☐ Ja¹⁾ ☐ Nein¹⁾

- ☐ Aufnahme¹⁾
- ☐ Beendigung¹⁾
- ☐ einer selbständigen Berufsausübung¹⁾ zum _____
- ☐ einer Beschäftigung von Angehörigen
 der Berufe des Gesundheitswesens¹⁾ zum _____
- ☐ Änderungsmitteilung¹⁾ 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	
	ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)³⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾

2. ANGABEN ZUR BERUFS AUSÜBUNG

- ☐ Hauptberuflich¹⁾ ☐ Nebenberuflich¹⁾
- ☐ in eigener Praxis/Niederlassung¹⁾ ☐ ohne eigene Praxis/Niederlassung¹⁾

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	Rechtsform	
3.6	Träger	
3.7	Leistungsangebot	

4. ANGABEN ZUR QUALIFIKATION

4.1	Berufsbezeichnung ²⁾	
4.2	Qualifikation	
	Spezialisierung	

5. ANGABEN ZU DEN BESCHÄFTIGTEN

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

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

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anzeige erbeten? Ja ☐¹⁾ Nein ☐¹⁾

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person

1) Zutreffendes bitte ankreuzen

2) Eine **beglaubigte** Kopie der Urkunde/Erlaubnis ist als Anlage beigefügt.

3) **Ärztliches Attest ist als Anlage beigefügt.**

ANGABEN ZU DEN BESCHÄFTIGTEN (zusätzlich)

	Lfd. Nr.		
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Haupt- oder Nebenberuflichkeit			
Berufsbezeichnung²⁾			
Qualifikation/ Spezialisierung			
ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)³⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾
Datum der <u>Aufnahme</u> des Beschäftigungsverhältnisses			
Datum der <u>Beendigung</u> des Beschäftigungsverhältnisses			

	Lfd. Nr.		
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Haupt- oder Nebenberuflichkeit			
Berufsbezeichnung²⁾			
Qualifikation/ Spezialisierung			
ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)³⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾	<input type="checkbox"/> Ja ¹⁾ <input type="checkbox"/> Nein ¹⁾
Datum der <u>Aufnahme</u> des Beschäftigungsverhältnisses			
Datum der <u>Beendigung</u> des Beschäftigungsverhältnisses			