



Anzeige einer Tätigkeit eines Berufes im Gesundheitswesen

gemäß § 12 Abs. 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG)

An den
Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Posteingangsstempel der Poststelle:

Absender:

Anzeigepflichtiger Beruf:

Aufnahme¹⁾

Beendigung¹⁾

einer selbständigen Berufsausübung¹⁾ zum

(Datum)

einer Beschäftigung von Angehörigen
der Berufe des Gesundheitswesens¹⁾ zum

(Datum)

Änderungsmitteilung¹⁾ (vgl. Nr.) zum

(Datum)

1. Personalien des Anzeigenden

1.1	Name, Vorname	
1.2	Geburtsname	
1.3	Geburtsdatum	
1.4	Geburtsort	
1.5	Straße	
1.6	Haus-Nr.	
1.7	PLZ	
1.8	Wohnort	



Ausführliche Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Ihren Rechten nach der DSGVO sowie zu dieser Verwaltungsleistung, erhalten Sie über den links abgedruckten QR-Code. Informationen zu allen Leistungen finden Sie im Serviceportal unter <https://service.lkmol.de/>.

Nummer:

MOL 53/0007

Version:

01.01



2. Angaben zur Berufsausübung

- 2.1 Hauptberuflich¹⁾ oder Nebenberuflich¹⁾
- 2.2 in eigener Praxis/
Niederlassung¹⁾ oder ohne eigene Praxis/
Niederlassung¹⁾

Folgende Unterlagen sind zusätzlich einzureichen:

Kopie der Berufsurkunde

3. Angaben zur Einrichtung/Niederlassung

3.1	Bezeichnung	
3.2	Straße	
3.3	Haus-Nr.	
3.4	PLZ	
3.5	Ort	
3.6	Tel.-Nummer	
3.7	E-Mail-Adresse ²⁾	
3.8	Homepage ²⁾	

Ort, Datum	Unterschrift der anzeigenden Person

¹⁾Zutreffendes bitte ankreuzen

²⁾Soweit vorhanden