

Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Absender

Anzeige – Hebammen und Entbindungspfleger -
nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95) in
Verbindung mit § 9 Absatz 1 der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Land
Brandenburg (HebBOBbg) vom 8. November 1995 (GVBl. II S. 702)

- Aufnahme ¹
- einer selbstständigen Berufsausübung zum _____ . 20 ____ .
- einer Beschäftigung von Angehörigen
der Berufe des Gesundheitswesens zum _____ . 20 ____ .
- Beendigung ¹
- einer selbstständigen Berufsausübung zum _____ . 20 ____ .
- einer Beschäftigung von Angehörigen
der Berufe des Gesundheitswesens zum _____ . 20 ____ .
- Jahresänderungsmeldung 20____ (Stichtag 31.12.) ¹
-Nur Änderungen melden, eine erneute Zusendung der Qualifikationsnachweise ist nicht erforderlich-

1. Personalien der/des Anzeigenden

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Angaben zur Einrichtung/Niederlassung

Praxisbezeichnung	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Praxisort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
e-Mail ²	
Homepage ²	

3. Nachweis der Qualifikation

Eine beglaubigte Kopie der Urkunde ist als Anlage beizufügen.

4. Angaben zu Beschäftigten ¹

keine Beschäftigten Beschäftigte wie folgt:

lfd. Nr.	1	2	3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Qualifikation ³			
Berufsausübung ⁴	<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

² Soweit vorhanden

³ Eine beglaubigte Kopie der Urkunde ist als Anlage beizufügen

⁴ Diese Angaben sind freiwillig. Sie dienen statistischen Erhebungen

5. Angaben zur Berufsausübung ^{1,4}

- 5.1. hauptberuflich oder nebenberuflich
5.2. Vollzeit oder Teilzeit - Stundenumfang ca.:
5.3. angestellt in der o.g. Einrichtung und/oder selbständig/freiberuflich
5.4. in eigener Praxis/Niederlassung oder ohne eigene Praxis

6. Angaben zum Leistungsspektrum/Angebot ^{1,4}

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

7. Wohnort der betreuten Frauen nach Landkreis ^{1,4}

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

Datum, Ort

Unterschrift