



An den
Landkreis Märkisch-Oderland
Gesundheitsamt
Puschkinplatz 12
15306 Seelow

Absender:

Anzeige

**nach § 12 Abs. 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG) vom 23.04.2008 (GVBl. I S. 95)**

Anzeigepflichtiger Beruf:

Anzeige des Anbieters/Erbringers einer Tätigkeit
im Gesundheitswesen ja nein

Anzeige von Beschäftigten im Gesundheitswesen ja nein

- 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, Haus-Nr.	
1.6	PLZ, Wohnort	

2. Angaben zur Berufsausübung

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

3. Angaben zur Einrichtung/Niederlassung

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

Formular MOL 53/0007

¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen.

²⁾ Soweit vorhanden

³⁾ Eine Kopie der Urkunde mit originaler Beglaubigung ist als Anlage beigefügt.



4. Angaben zur Qualifikation

4.1	Berufsbezeichnung ³⁾	
4.2	Qualifizierung Spezialisierung	

5. Angaben zu den Beschäftigten

5.1 keine Beschäftigten¹⁾

5.2 Beschäftigte wie folgt:¹⁾

Lfd. Nr.	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Haupt- oder Nebenberuflichkeit				
Berufsbezeichnung ³⁾				
Qualifizierung/ Spezialisierung				
Datum der Aufnahme des Beschäftigungs- verhältnisses				
Datum der Beendigung des Beschäftigungs- verhältnisses				

Formular MOL 53/0007

Ort, Datum

Unterschrift der anzeigenden Person

¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen.

²⁾ Soweit vorhanden

³⁾ Eine Kopie der Urkunde mit originaler Beglaubigung ist als Anlage beigefügt.