

Gesundheitsamt

Absender

Anzeige

nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDB) vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95)

Anzeigepflichtiger Beruf / Berufsbezeichnung:

(Bei Anmeldung ist eine beglaubigte Kopie der Urkunde als Anlage beizufügen)

- Aufnahme
- Beendigung
- einer selbstständigen Berufsausübung zum _____ . 20 .
- einer Beschäftigung von Angehörigen
der Berufe des Gesundheitswesens zum _____ . 20 .
- Änderungsmeldung

1. Personalien der/des Anzeigenden

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	

2. Angaben zur Einrichtung/Niederlassung

Bezeichnung	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Faxnummer	
E-Mail-Adresse	
Homepage	

3. Angaben zur Qualifikation

Qualifizierung Spezialisierung	

4. Angaben zu Beschäftigten

keine Beschäftigten Beschäftigte siehe Anlage - Beschäftigte

5. Erklärung zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Hiermit erkläre ich, dass ich gemäß Art. 4 Abs. 2 Buchstabe d der Richtlinie 2011/24/EU zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen habe oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung abgesichert bin, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist.

Schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anmeldung erbeten ja nein

Datum, Ort

Unterschrift der anzeigespflichtigen Person