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

Anzeigepflichtiger Beruf [2]:

Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesen ☐ **Ja[1]** ☐ **Nein[1]**

☐ Aufnahme[1]

☐ Beendigung[1]

☐ einer selbständigen Berufsausübung[1] zum _____

☐ einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens[1] zum _____

☐ Änderungsmitteilung[1] 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]	☐ Ja[1] ☐ Nein[1]

2. ANGABEN ZUR BERUFSAUSÜBUNG

☐ Hauptberuflich[1] ☐ Nebenberuflich[1]

☐ in eigener Praxis/Niederlassung[1] ☐ ohne eigene Praxis/Niederlassung[1]

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	Einzugsbereich	

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 Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)[3)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ 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			
Berufsbezeichnung[2)]			
Qualifikation/ Spezialisierung			
ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)[3)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]
Datum der Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses			
Datum der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses			

	Lfd. Nr.		
Name, Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Haupt- oder Nebenberuflichkeit			
Berufsbezeichnung[2)]			
Qualifikation/ Spezialisierung			
ärztl. Nachweis über Masern-Impfschutz, Immunität gegen Masern oder Kontraindikationen (für alle nach dem 31.12.1970 geborenen)[3)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]	☐ Ja[1)] ☐ Nein[1)]
Datum der Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses			
Datum der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses			