

Stadt Frankfurt(Oder)  
 Gesundheitsamt  
 Logenstr. 6  
 15230 Frankfurt(Oder)

Bearbeiterin. Frau Hochwald  
 Tel.: 0335 / 552 5305

Anzeige nach § 12 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg  
 ( Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG ) vom 23.April 2008 (GVBl. I Nr. 5 vom 29.4.2008 S.95 )

Anzeigepflichtiger Beruf : .....

Anzeigepflichtige Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens :  JA (1)  NEIN (1)

- Aufnahme
- Beendigung
- einer selbständigen Berufsausübung (1) zum .....
- einer Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens (1) zum .....
- Änderungsmitteilung zum .....

**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  Hauptberuflich (1)                      2 . 2  Nebenberuflich (1)
- 2 . 3  in eigener Praxis / Niederlassung (1)      2 . 4  ohne eigene Praxis / Niederlassung (1)

**3. ANGABEN ZUR EINRICHTUNG**

3 . 1	Bezeichnung	
3 . 2	Straße , Haus-Nr.	
3 . 3	PLZ , Praxisort	
3 . 4	Tel. - Nummer	
3 . 5	Einzugsbereich.	

#### 4. ANGABEN ZUR QUALIFIZIERUNG

4.1	Berufsbezeichnung	
4.2	Qualifizierung Spezialisierung <sup>(2)</sup>	

#### 5. ANGABEN ZU DEN BESCHÄFTIGTEN

Lfd. Nr.	1	2	3	4
Name , Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Haupt- oder Nebenberuflichkeit				
Berufsbezeichnung <sup>(2)</sup>				
Qualifizierung / Spezialisierung <sup>(2)</sup>				
Datum der Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses				
Datum der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses				

-----  
Datum ; Ort

-----  
Unterschrift der anzeigenden Person

(1) Zutreffendes bitte ankreuzen

(2) Eine beglaubigte Kopie der Urkunde ist als Anlage beigefügt.