

Hanse- und Universitätsstadt Rostock
Gesundheitsamt
Abt. Sozialmedizin/Amtsärztlicher Dienst
Medizinalaufsicht
Paulstraße 22
18055 Rostock

Ihr Praxisstempel (bitte leserlich):

Formular zur Anmeldung der selbstständigen Berufsausübung

gemäß § 27 Abs. 1, 2 und 3 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V) vom 19. Juli 1994 (GVOBl. M-V S. 747; GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 212-4)
in der jeweils aktuell gültigen Fassung

Meldepflichtiger Beruf:

Meldung des Erbringers/ Anbieters
einer Tätigkeit im Gesundheitswesen

ja

nein

Anzeige von Beschäftigten im Gesundheitswesen

ja

nein

- Aufnahme
- Beendigung

- einer selbständigen Berufsausübung zum _____ (Datum)
- einer Beschäftigung von Angehörigen
der Berufe des Gesundheitswesens zum _____ (Datum)

- Änderungsmitteilung zum _____ (Datum)

Persönliche Daten

Anrede, Titel	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Neutrale Anrede,
Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	

Angaben zur Berufsausübung

- Hauptberuflich
- Nebenberuflich
- in eigener Praxis/ Niederlassung
- ohne eigene Praxis/ Niederlassung

Angaben zur Einrichtung/ Niederlassung

Praxiseröffnungsdatum	
Bezeichnung/ Praxisname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Tel.-Nummer	
Fax-Nummer	
E-Mail-Adresse	
Internet	
Besondere Sprachkenntnisse	
Angeborene Leistungen	
Sprechzeiten /Öffnungszeiten	MO DI MI DO FR SA

Angaben zur Qualifikation

Berufsbezeichnung	
Facharztanerkennung für:	
Fachgebiet der Niederlassung	
Weiterbildungsbezeichnung	
Zusatzbezeichnung	

Durchführung von ambulanten Operationen / endoskopische UntersuchungenJa Nein

Auflistung welcher Art	
------------------------	--

An ratsuchende Patienten darf meine Praxisanschrift vom Gesundheitsamt weitergegeben werden:Ja Nein **Angaben zu den Beschäftigten**

In der Praxis beschäftigte Angehörige der einzelnen Berufe des Gesundheitswesens:

 keine Beschäftigten

Beschäftigte wie folgt:

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

Lfd. Nr.	5	6	7	8
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Berufsbezeichnung				
Haupt-oder Nebenberuflichkeit				
Qualifizierung/ Spezialisierung				
Datum der Aufnahme des Beschäftigungs- verhältnisses				
Datum der Beendigung des Beschäftigungs- verhältnisses				

Dieses Formular bitte mit beglaubigten Kopien der Approbationsurkunde, der FA-Urkunde(n) sowie eventueller Weiterbildungs- oder Zusatzbezeichnungen beim Gesundheitsamt postalisch oder persönlich einreichen.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller gemachten Angaben.

Rostock, _____ **Unterschrift der meldenden Person** _____