

## DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

Postanschrift . Hanse- und Universitätsstadt Rostock . 18050 Rostock

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

E-Mail: ga\_medizinalaufsicht@rostock.de  
Telefon: +49 381 381-5363

### 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 (GVOB. M-V S. 747; GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 212-4) in der jeweils aktuell gültigen Fassung

<b>Erstanmeldung</b>			
<b>Änderung</b>			
<b>Abmeldung</b>			
<b>Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens</b>			
<b>Persönliche Angaben</b>			
Anrede, Titel:			
Name:			
ggf. Geburtsname:			
Vorname:			
Geburtsdatum/-ort:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			
E-Mailadresse:			
<b>Angaben zur Berufsausübung</b>			
<input type="checkbox"/>	hauptberuflich	<input type="checkbox"/>	h/ Woche
<input type="checkbox"/>	nebenberuflich	<input type="checkbox"/>	h/ Woche
<input type="checkbox"/>		in eigener Praxis/ Niederlassung	
<input type="checkbox"/>		ohne eigene Praxis/ Niederlassung	
Praxiseröffnungsdatum:			
Praxisname:			
Anschrift:			
Telefonnummer:			

Mobiltelefonnummer:				
E-Mailadresse dienstlich:				
Praxis-/ Werbeschild:	ja	nein		
Internetseite:				
Social Media Auftritt bei:				
(Fremd-) Sprachen:				
Sprechzeiten/ Öffnungszeiten:	Mo		Do	
	Di		Fr	
	Mi		Sa	
<b>Leistungsprofil</b>				
<b>Angaben zur Qualifikation</b>				
Berufsbezeichnung:				
Facharztanerkennung für:				
Fachgebiet Niederlassung:				
Weiterbildungsbezeichnung:				
Zusatzbezeichnung:				
<b>Durchführung von ambulanten Operationen / endoskopische Untersuchungen</b>				
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Auflistung welcher Art:				
<b>Weitergabe der Kontaktdaten</b>				
Ich bin damit einverstanden, dass an ratsuchende Personen folgende Daten vom Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen:				
<input type="checkbox"/>	Telefonnummer	<input type="checkbox"/>	Ich wünsche keine Weitergabe der Daten.	
<input type="checkbox"/>	Anschrift der Praxis			
<input type="checkbox"/>	E-Mailadresse dienstlich			
<b>Angaben zu den beschäftigten Personen</b>				
<input type="checkbox"/>	Keine beschäftigten Personen		<input type="checkbox"/>	Beschäftigte Personen wie folgt:

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

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

**Folgende beglaubigte Kopien sind zum Formular postalisch oder persönlich einzureichen:**

Approbationsurkunde

Facharztanerkennung

Berufserlaubnis bzw. staatliche Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

**sowie in einfacher Kopie:**

eventuelle Weiterbildungs- oder Zusatzbezeichnungen

Bundspersonalausweis

**Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit aller gemachten Angaben.**

**Datum, Unterschrift** der  
meldenden Person