

gemäß § 18 ÖGDG (Gesetz über den Öffentlich Gesundheitsdienst)
Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens

(Familienname)	(Geburtsname)	
(Geburtstag)	(Geburtsort)	
(Anschrift)		
(Telefon)	(Telefax)	(EMail-Adresse)
(Prüfung abgelegt als)		
(Staatliche Anerkennung am) *)	(Ort)	
(Durch welche Behörde)		

(Tätigkeit im Kreis Düren) seit	(Tätigkeit außerhalb des Kreises Düren) seit
im Krankenhaus tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in welchem: _____ Beleg-Hebamme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angestellte Hebamme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	im Krankenhaus tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in welchem: _____ Beleg-Hebamme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Angestellte Hebamme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
freiberuflich tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit Praxisräumen Anschrift: _____	freiberuflich tätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit Praxisräumen Anschrift: _____
im Geburtshaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____	im Geburtshaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anschrift: _____

Sofern Sie freiberuflich tätig sind, schildern Sie bitte im Einzelnen Ihre Tätigkeit z.B. Vorsorgeuntersuchung, Geburtsvorbereitung, Blutabnahmen, Akupunktur, Kurse, Hausgeburten, Wochenbettbetreuung

*) Beglaubigte Kopie der Erlaubnis-Urkunde ist beigelegt <input type="checkbox"/> (nur vorzulegen bei der erstmaligen Anmeldung beim Gesundheitsamt)
Kopie der bestehenden Haftpflicht-Versicherung ist beigelegt <input type="checkbox"/> (vorzulegen bei der erstmaligen Anmeldung beim Gesundheitsamt sowie mit den Fortbildungsnachweisen)

Bitte teilen Sie mir jede Änderung Ihrer Tätigkeit oder Ihrer Anschrift umgehend mit.

Hinweis: Innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren müssen Sie der Unteren Gesundheitsbehörde **60 Unterrichtsstunden beruflicher Fortbildungen** nachweisen.

(Ort, Datum)	(Unterschrift)
--------------	----------------

Bitte ausgefüllt zurück an:
Kreisverwaltung Düren
- Gesundheitsamt -

52348 Düren