Kreis Recklinghausen

FD 53 - Gesundheit

Ress. Gesundheitsverwaltung

Kurt-Schumacher-Allee 1

45657 Recklinghausen

|  |
| --- |
| **Tätigkeitsanzeige nach § 8 der Berufsordnung für Hebammen in Nordrhein-Westfalen (HebBO NRW)** |

**Wichtiger Hinweis zur zuständigen Behörde**: Bis zum 31.03.2024 sind die jeweiligen Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte wie bisher für sie zuständig, ab dem 01.04.2024 liegen die Zuständigkeiten bei den jeweiligen Bezirksregierungen.

|  |
| --- |
| **Meldung über die Aufnahme/Beendigung oder Ummeldung meiner Tätigkeit als Hebamme nach § 8 HebBO NRW** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Anmeldung Tätigkeit/Beginn der Berufsausübung ab dem      (Die **Erlaubnisurkunde** zur Führung der Berufsbezeichnung in beglaubigter Kopie und ein **Versicherungsnachweis** in einfacher Kopie - sofern auch freiberuflich tätig - ist/sind als Anlage beigefügt) |
| [ ]  | jährliche Mitteilung der nach § 8 Abs. 1 HebBO NRW erforderlichen Angaben (diese ist bis zum 31.01. des Folgejahres anzuzeigen) |
| [ ]  | Ummeldung der Tätigkeit (Änderung persönlicher Daten oder Änderung Tätigkeit/Beschäftigungsort) ab einschließlich       |
| [ ]  | Beendigung der Tätigkeit ab einschließlich       |
| [ ]  | Aussetzung der Tätigkeit vom einschließlich       bis einschließlich       |

**Grund bei Beendigung/Aussetzung der Tätigkeit** (z. B. zeitliche Unterbrechung, Erziehungsurlaub, Berufsaufgabe, Verrentung o. ä.):     **Falls zutreffend:** Angabe der bisher für Sie zuständigen Behörde (Angabe nur bei bereits ausgeübter Tätigkeit als Hebamme, sofern nicht der Kreis Recklinghausen zuständig war):       |

|  |
| --- |
| **Angaben bzgl. freiberuflicher Tätigkeit** |
|

|  |
| --- |
| Ich bin **freiberuflich** als Hebamme tätig:[ ]  ja [ ]  nein  |
|  | [ ]  | keine Änderung zur Vormeldung |
|  | [ ]  | ich bitte um schriftliche Bestätigung dieser neuen NiederlassungsanzeigeHinweis: diese Bestätigung kann (falls zutreffend) optional erfolgen und ist gebührenpflichtig (25,00 €) |

**Tätigkeitsumfang:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Schwangerschaft**geschätzter Anteil (in Prozent):      % |
|  | [ ]  | Vorsorge (Gesamtzahl der betreuten Frauen im Vorjahr:       |
|  | [ ]  | Geburtsvorbereitung (in der Gruppe)  |
| [ ]  | **Geburt**geschätzter Anteil (in Prozent):      % |
|  | [ ]  | außerklinisch (Gesamtzahl der außerklinisch geleiteten Geburten im Vorjahr:       |
| [ ]  | Beleghebamme im Krankenhaus |
| [ ]  | **Wochenbett und Stillzeit**geschätzter Anteil (in Prozent):      % |
|  | [ ]  | Wochenbettbetreuung (Gesamtzahl der betreuten Frauen im Vorjahr:       |
|  | [ ]  | Rückbildungsgymnastik in der Gruppe  |

 |

|  |
| --- |
| **Angaben bzgl. angestellter Tätigkeit** |
|

|  |
| --- |
| Ich bin als **angestellte** Hebamme tätig (sozialversicherungspflichtige und sonstige Beschäftigung):[ ]  ja [ ]  nein  |
| [ ]  | keine Änderung zur Vormeldung |
|  |  |
| **Tätigkeitsort/e:** |
| [ ]  | Klinik |
| [ ]  | außerklinisch (Hebammenpraxis o. ä.) |

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt      Stunden.**Tätigkeitsumfang:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Schwangerschaft**zeitlicher Anteil (in Prozent):      % |
| [ ]  | **Geburt**zeitlicher Anteil (in Prozent):      % |
| [ ]  | **Wochenbett und Stillzeit**zeitlicher Anteil (in Prozent):      % |

 |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Fortbildungsveranstaltungen im Vorjahreszeitraum** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Im Vorjahreszeitraum wurde von mir folgende Fortbildungsveranstaltungen besucht: (bitte für jede Fortbildungsveranstaltung getrennt angeben / Nachweise sind beizufügen; ggf. weitere Fortbildungen auf Anlagen angeben)Ort:      Veranstalter:      Thema:      Datum der Fortbildung:       |
|  | die vorgenannte Fortbildung ist eine  |
|  | [ ]  | berufliche Fortbildung nach § 7 HebBO NRW |
| [ ]  | berufspädagogische Fortbildungen für Praxisanleitungen |
| [ ]  | Abgesehen von der zuvor aufgeführten Fortbildungsveranstaltung habe ich im Vorjahreszeitraum noch insgesamt       (Anzahl) weitere Fortbildung/en besucht, die ich entsprechend auf weiteren Anlagen (s. u.) angebe.  |
| [ ]  | Im Vorjahreszeitraum wurden von mir keine Fortbildungsveranstaltungen besucht. |

 |

|  |
| --- |
| **Persönliche Angaben****(Angaben ab Zeile Straße und Hausnummer grundsätzlich nur bei Erstmeldungen und/oder Änderungen erforderlich)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname: |       |
| Geburtsname, falls abweichend: |       |
| Vorname: |       |
| Straße und Haunummer: |       |
| Postleitzahl und Wohnort: |       |
| Geburtsdatum und Geburtsort: |       |
| Telefonnummer: |       |
| Mobilfunknummer: |       |
| E-Mail-Adresse: |       |

 |

|  |
| --- |
| **Anschrift der beruflichen Tätigkeit (Angaben nur bei Erstmeldung und Änderungen erforderlich)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | keine Änderungen |
|  |  |
| Name der Einrichtung oder eigenen Räumlichkeit (soweit vorhanden): |       |
| Straße und Hausnummer: |       |
| Telefonnummer: |       |
| Mobilfunknummer: |       |
| E-Mail-Adresse: |       |

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebene berufliche Anschrift, meine berufliche Telefonnummer und meine berufliche Mobilfunknummer veröffentlicht wird: [ ]  ja [ ]  nein

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ich habe insgesamt noch       (Anzahl) weitere Anschrift/en der beruflichen Tätigkeit, die ich entsprechend auf weiteren Anlagen (s. u.) angebe.  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|      Ort, Datum |      Unterschrift |

**Anlage (Angaben zu weiteren Fortbildungsveranstaltungen)**

|  |
| --- |
| **Angaben zu weiteren Fortbildungsveranstaltungen im Vorjahreszeitraum** |
|

|  |
| --- |
| Im Vorjahreszeitraum wurde von mir folgende Fortbildungsveranstaltungen besucht: (bitte für jede Fortbildungsveranstaltung getrennt angeben / Nachweise sind beizufügen)Ort:      Veranstalter:      Thema:      Datum der Fortbildung:       |
| die vorgenannte Fortbildung ist eine  |
| [ ]  | berufliche Fortbildung nach § 7 HebBO NRW |
| [ ]  | berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleitungen |

 |

|  |
| --- |
| **Angaben zu weiteren Fortbildungsveranstaltungen im Vorjahreszeitraum** |
|

|  |
| --- |
| Im Vorjahreszeitraum wurde von mir folgende Fortbildungsveranstaltungen besucht: (bitte für jede Fortbildungsveranstaltung getrennt angeben / Nachweise sind beizufügen)Ort:      Veranstalter:      Thema:      Datum der Fortbildung:       |
| die vorgenannte Fortbildung ist eine  |
| [ ]  | berufliche Fortbildung nach § 7 HebBO NRW |
| [ ]  | berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleitungen |

 |

|  |
| --- |
| **Angaben zu weiteren Fortbildungsveranstaltungen im Vorjahreszeitraum** |
|

|  |
| --- |
| Im Vorjahreszeitraum wurde von mir folgende Fortbildungsveranstaltungen besucht: (bitte für jede Fortbildungsveranstaltung getrennt angeben / Nachweise sind beizufügen)Ort:      Veranstalter:      Thema:      Datum der Fortbildung:       |
| die vorgenannte Fortbildung ist eine  |
| [ ]  | berufliche Fortbildung nach § 7 HebBO NRW |
| [ ]  | berufspädagogische Fortbildung für Praxisanleitungen |

 |

**Anlage (weitere Anschrift/en der beruflichen Tätigkeit)**

|  |
| --- |
| **Weitere Anschrift der beruflichen Tätigkeit (Angaben nur bei Erstmeldung und Änderungen erforderlich)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung oder eigenen Räumlichkeit (soweit vorhanden): |       |
| Straße und Hausnummer: |       |
| Telefonnummer: |       |
| Mobilfunknummer: |       |
| E-Mail-Adresse: |       |

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebene berufliche Anschrift, meine berufliche Telefonnummer und meine berufliche Mobilfunknummer veröffentlicht wird: [ ]  ja [ ]  nein  |

|  |
| --- |
| **Weitere Anschrift der beruflichen Tätigkeit (Angaben nur bei Erstmeldung und Änderungen erforderlich)** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung oder eigenen Räumlichkeit (soweit vorhanden): |       |
| Straße und Hausnummer: |       |
| Telefonnummer: |       |
| Mobilfunknummer: |       |
| E-Mail-Adresse: |       |

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebene berufliche Anschrift, meine berufliche Telefonnummer und meine berufliche Mobilfunknummer veröffentlicht wird: [ ]  ja [ ]  nein  |

|  |  |
| --- | --- |
|      Ort, Datum |      Unterschrift |