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 Niederlassungsanzeige  Hinweis: 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 |