

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt
Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2
14943 Luckenwalde

Eingangsstempel

Anzeige
nach § 12 Absatz 2 des Gesetzes über den
Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg
(Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG)
vom 23. April 2008 (GVBl. I S. 95)

Aufnahme einer selbstständigen Berufsausübung

Angabe des anzeigepflichtigen Berufes (Berufsbezeichnung).
Bei Anmeldung ist eine beglaubigte Kopie der Berufskurkunde als Anlage beizufügen.

Beginn der selbstständigen Berufsausübung am:

Hinweis

Änderungen (beispielsweise Umzug, Namensänderung, Mitarbeiterwechsel) oder die Beendigung der Berufsausübung sind umgehend dem Gesundheitsamt mitzuteilen, um die Aktualität und Korrektheit der Daten gewährleisten zu können.

Personalien der/des Anzeigenden

Name, Vorname	Geburtsname (falls abweichend)
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	

Angaben zur Berufsausübung

Kreuzen Sie bitte an:

hauptberuflich in eigener Praxis/Niederlassung

Kreuzen Sie bitte an:

nebenberuflich ohne eigene Praxis/Niederlassung

Angaben zur Praxis/Niederlassung

Praxis-Bezeichnung	
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Faxnummer
E-Mail-Adresse	Homepage

Angaben zur Qualifikation/Spezialisierung

Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.

Angaben zum Leistungsspektrum/Therapieangebote

Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.
Bei Anmeldung ist eine einfache Kopie des Zertifikates als Anlage beizufügen.

Angaben zu Beschäftigten

Kreuzen Sie bitte an:

keine Beschäftigten

Beschäftigte (siehe Anlage – Beschäftigte)

Erklärung zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Kreuzen Sie bitte an.

Hiermit erkläre ich, dass ich gemäß Art. 4 Abs. 2 Buchstabe d der Richtlinie 2011/24/EU zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen habe oder durch eine Garantie oder ähnliche Regelung abgesichert bin, die im Hinblick auf ihren Zweck gleichwertig oder im Wesentlichen vergleichbar und nach Art und Umfang angemessen ist.

Bestätigung der Anmeldung

Eine schriftliche kostenpflichtige Bestätigung der Anmeldung wird erbeten:

ja

nein

Datum, Ort

eigenhändige Unterschrift



Information

über die Erhebung von personenbezogenen Daten – Datenschutzerklärung nach Artikel 13 EU-DSGVO (Europäische Datenschutzgrundverordnung)

Im Rahmen der Selbstauskunft für selbstständig Tätige und deren Beschäftigte in Berufen des Gesundheitswesens nach § 12 Absatz 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) werden im Gesundheitsamt Teltow-Fläming folgende notwendige personenbezogene Daten von Ihnen erhoben:

- Berufsbezeichnung
- Aufnahme/Beendigung/Änderung der selbstständigen Berufsausübung
- Personalien des Anzeigenden (vollständiger Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer)
- Angaben zur Einrichtung/Niederlassung (Praxisbezeichnung, Anschrift, Kontaktdaten)
- Angaben zur Qualifikation/Spezialisierung
- Leistungsspektrum/Therapieangebote
- Angaben zu Beschäftigten
- Erklärung zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Der Zweck der Datenverarbeitung ist in § 12 Abs. 2 BbgGDG geregelt, wonach jeder, der selbstständig einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigt oder gegen Entgelt kranken- und Altenpflegerische Tätigkeiten anbietet oder erbringt, dies unverzüglich dem zuständigen Gesundheitsamt anzuzeigen hat.

Die erhobenen Daten werden wenigstens für die Dauer der Tätigkeitsausübung oder Beschäftigung gespeichert. Änderungen bitten wir umgehend an das Gesundheitsamt zu melden, um die Aktualität und Korrektheit der Daten gewährleisten zu können.

In keinem Fall werden Ihre Daten an Dritte ohne Einwilligungserklärung weitergereicht oder veröffentlicht. Sie verbleiben ausschließlich im Bereich der Medizinalaufsicht des Gesundheitsamtes Teltow-Fläming und unterliegen der Verantwortung des Landkreises Teltow-Fläming.

Auskunft zum Datenschutz erteilt der behördliche Datenschutzbeauftragte. Sie erreichen ihn unter der folgenden Anschrift:

Landkreis Teltow-Fläming
Behördlicher Datenschutzbeauftragter
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Korrektur, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Ihren schriftlichen Widerruf können Sie direkt an uns richten:

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt/Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde
Gesundheitsamt@teltow-flaeming.de

Sollten Sie der Meinung sein, dass Ihre Daten nicht datenschutzkonform behandelt werden, können Sie sich auch direkt bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde beschweren:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz
und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow



Einwilligungserklärung **zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten** **nach § 12 Absatz 2 BbgGDG**

Im Rahmen der Selbstauskunft für selbstständig Tätige und deren Beschäftigte in Berufen des Gesundheitswesens nach § 12 Absatz 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) werden im Gesundheitsamt Teltow-Fläming folgende notwendige personenbezogene Daten von Ihnen erhoben:

- Berufsbezeichnung
- Aufnahme/Beendigung/Änderung der selbstständigen Berufsausübung
- Personalien des Anzeigenden (vollständiger Name, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Telefonnummer)
- Angaben zur Einrichtung/Niederlassung (Praxisbezeichnung, Anschrift, Kontaktdaten)
- Angaben zur Qualifikation/Spezialisierung
- Leistungsspektrum/Therapieangebote
- Angaben zu Beschäftigten
- Erklärung zur Absicherung von Schadensersatzansprüchen

Informationen zur Verantwortlichkeit, zum Zweck, zur Grundlage, sowie zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte der gesondert ausgehändigten Datenschutzerklärung.

Bitte bestätigen Sie hier den Empfang der Datenschutzerklärung gem. Art. 13 EU-DSGVO:

Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten.

Durch Ankreuzen erklären Sie, dass Sie mit der Erhebung und Speicherung der Daten einverstanden sind:

Erhebung und Speicherung notwendiger Daten für die Dauer der Tätigkeitsausübung und zehn Jahre nach Tätigkeitsabmeldung gemäß den Aufbewahrungsfristen für Kommunalverwaltungen (B4/2006)

Sie haben selbstverständlich das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Beachten Sie hierbei die Erläuterungen in der beiliegenden Datenschutzerklärung.

Ihren schriftlichen Widerruf können Sie direkt an uns richten:

Landkreis Teltow-Fläming
Gesundheitsamt/Medizinalaufsicht
Am Nuthefließ 2, 14943 Luckenwalde
Gesundheitsamt@teltow-flaeming.de

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift