

Kreis Mettmann
Gesundheitsamt
53-11
Postfach
40806 Mettmann

Achtung: Bis zum 31.03.2024 ist das Kreisgesundheitsamt Mettmann wie bisher für Sie zuständig, ab dem 01.04.2024 liegt die Zuständigkeit bei der Bezirksregierung Düsseldorf.

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

- Anmeldung der Tätigkeit/Beginn der Berufsausübung
(Bitte Kopien der Erlaubnisurkunde zur Führung der Berufsbezeichnung und des Versicherungsnachweises anhängen)
- Jährliche Mitteilung der nach § 8 Absatz 1 HebBO NRW erforderlichen Angaben
(bis zum 31.01. des Folgejahres anzuzeigen)
- Ummeldung der Tätigkeit
(Änderung persönlicher Daten oder Änderung der Tätigkeit/Beschäftigungsart)
- Beendigung/Aussetzung der Tätigkeit
Begründung *(z.B. zeitliche Unterbrechung, Erziehungsurlaub, Berufsaufgabe, o. ä.)*

jeweils zum _____

Persönliche Angaben

Familienname _____ Vorname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefonnummer _____ Mobilfunknummer _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname, falls abweichend _____

Falls zutreffend: Angabe der bisher für Sie zuständigen Behörde
(Angabe nur bei bereits ausgeübter Tätigkeit als Hebamme):

Tätigkeitsbereich

angestellt (sozialversicherungspflichtige und sonstige Beschäftigung):

keine Änderungen zur Vormeldung

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Tätigkeitsort: Klinik Außerklinisch (Hebammenpraxis o.ä.)

Tätigkeitsumfang: Schwangerschaft zeitlicher Anteil: _____%

Geburt zeitlicher Anteil: _____%

Wochenbett und Stillzeit zeitlicher Anteil: _____%

freiberuflich

keine Änderungen zur Vormeldung

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Tätigkeitsumfang:

Schwangerschaft, zeitlicher Anteil: _____%

Vorsorge (Gesamtzahl der betreuten Frauen im Vorjahr: _____)

Geburtsvorbereitung (in der Gruppe)

Geburt, zeitlicher Anteil: _____%

Außerklinisch

Beleghebamme im Krankenhaus

Gesamtzahl der außerklinisch **geleiteten** Geburten im Vorjahr: _____

Wochenbett und Stillzeit, zeitlicher Anteil: _____%

Wochenbettbetreuung, Anzahl betreuter Frauen im Vorjahr: _____

Rückbildungsgymnastik (in der Gruppe)

Angabe der Fortbildungsveranstaltungen (Vorjahreszeitraum)

im Vorjahreszeitraum wurden keine Fortbildungsveranstaltungen besucht

im Vorjahreszeitraum wurde zuletzt folgende Fortbildungsveranstaltung besucht:

Thema: _____

Datum / Ort: _____ Veranstalter: _____

Berufliche Fortbildungen nach § 7 HebBO NRW

Berufspädagogische Fortbildungen für Praxisanleitungen

Anschrift(en) der beruflichen Haupttätigkeit

(Angabe nur bei Erstmeldungen und Änderungen)

keine Änderungen

Name der Einrichtung oder der eigenen Räumlichkeit (soweit vorhanden)

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Mobilfunknummer _____

E-Mail-Adresse _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, sowie meine E-Mail-Adresse und Telefonnummer in das „Verzeichnis der Hebammen im Kreis Mettmann“ auf der Internetseite der Kreisverwaltung Mettmann kostenfrei aufgenommen und veröffentlicht wird:

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift