

An den
Kreis Mettmann
Gesundheitsamt
53-11, Fr. Ex
Postfach
40806 Mettmann

Ihre Ansprechpartnerin
Fr. Ex
Tel.: 02104 99-2257
medizinalaufsicht@kreis-mettmann.de

Anzeige über die Beendigung meiner Tätigkeit als Hebamme oder Entbindungspfleger
gem. § 18 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)

Hiermit zeige ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Anschrift

Telefon, E-Mail

die Beendigung meiner Tätigkeit als Hebamme/Entbindungspfleger zum _____ an.

Die Beendigung meiner Berufsausübung erfolgt

zeitlich begrenzt (ggf. durch entsprechende Nachweise zu belegen)

Grund: _____

wegen der Aufgabe des Berufes

wegen Verrentung

Mir ist bekannt, dass ich gem. § 8 Ziffer 6 der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger als freiberuflich tätige Hebamme oder tätiger Entbindungspfleger verpflichtete bin, sicherzustellen, dass die Dokumentation nach § 6 Absatz 1 bei endgültiger Aufgabe meiner Berufstätigkeit verschlossen der zuständigen Behörde übergeben wird.

Ort, Datum

Unterschrift