

An den
Kreis Paderborn
Gesundheitsamt
33102 Paderborn

Anmeldung meiner Tätigkeit als Hebamme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit zeige ich meine Tätigkeit als Hebamme ab _____ an:

Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Anschrift:	_____ (Straße) _____ (Ort)
Telefon:	
Handy:	
E-Mail:	
Ich bin Familienhebamme:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte Tätigkeitsorte angeben: _____ _____
Ich bin <i>ausschließlich freiberuflich</i> tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin <i>nebenher freiberuflich</i> tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin in einem <u>Krankenhaus</u> angestellt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte das Krankenhaus angeben: _____ _____ (Straße) _____ (Ort) _____ (Telefon) _____ (E-Mail)
Ich bin als <i>Beleghebamme</i> in einem <u>Krankenhaus</u> tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte das Krankenhaus angeben: _____ _____ (Straße)

	<hr/> (Ort) <hr/> (Telefon) <hr/> (E-Mail)
Ich bin in <u>einer Hebammen- oder Frauenarztpraxis</u> oder in einem <u>Geburtshaus</u> angestellt:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte die Adresse der Praxis bzw. des Geburtshauses angeben: <hr/> (Straße) <hr/> (Ort) <hr/> (Telefon) <hr/> (E-Mail)
Ich bin <i>freiberuflich</i> in einer <u>Hebammen- oder Frauenarztpraxis</u> oder in einem <u>Geburtshaus</u> tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, bitte die Adresse der Praxis bzw. des Geburtshauses angeben: <hr/> (Straße) <hr/> (Ort) <hr/> (Telefon) <hr/> (E-Mail)
Ich bin <i>freiberuflich</i> in der Geburtshilfe tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin im <i>Angestelltenverhältnis</i> in der Geburtshilfe tätig:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ich führe Hausgeburten durch:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Im Falle der freiberuflichen Tätigkeit:

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Rufnummer*) in der Liste „Hebammen im Kreis Paderborn“ veröffentlicht werden. * falls nicht erwünscht, bitte streichen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anmerkungen: <hr/> <hr/>
--	---

Für den Fall der Veröffentlichung Ihrer Daten in der vorstehend bezeichneten Liste kreuzen Sie bitte im nachstehenden Kästchen die Bereiche an, in denen Sie tätig sind:

VS Vorsorge	
RG Rückbildungsgymnastik	
NS Nachsorge	
HG Hausgeburt/Geburtshaus	
Beleggeburt	

Anliegend füge ich bei:

- eine beglaubigte Kopie meiner Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
- eine beglaubigte Kopie meines Personalausweises
- Nachweis „Berufshaftpflichtversicherung“
- Immunitätsnachweis (Masern und Covid-19)**

- Ich bitte Sie, mir schriftlich zu bestätigen, dass ich meine Praxis ordnungsgemäß bei der unteren Gesundheitsbehörde des Kreises Paderborn angemeldet habe. Mir ist bekannt, dass für diese Bestätigung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 25,-- Euro erhoben wird.
- Eine Bestätigung über meine Anmeldung benötige ich nicht.

Falls sich der Wohnort nicht im Kreis Paderborn befindet:

- Mir ist bekannt, dass ich unabhängig von dieser Anmeldung meiner Tätigkeit nach § 18 ÖGDG NRW, im Rahmen meiner Berufsausübung gemäß § 9 HebBO NRW der Aufsicht des Kreises oder der kreisfreien Stadt als untere Gesundheitsbehörde unterliege, in dessen oder deren örtlichen Zuständigkeit ich meinen Wohnsitz habe. Soweit sich mein Wohnsitz außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen befindet, ist die Örtlichkeit der überwiegenden beruflichen Tätigkeit maßgeblich.

Im Hinblick darauf wird von mir die erforderliche Nachweisführung nach der HebBO NRW, insbesondere zur Berufshaftpflicht sowie zu den Fortbildungsnachweisen, gegenüber der abweichend vom Kreis Paderborn zuständigen unteren Gesundheitsbehörde, erfolgen.

- Ich kann meine oben gegebene Einwilligung zur Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos, z.B. per E-Mail an gesundheitsamt@kreis-paderborn.de oder postalisch widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt davon unberührt.
- Auf die nachstehenden Informationen zum Datenschutz wurde ich hingewiesen.

--

Datum, Unterschrift

** Der Immunitätsnachweis gilt nur für Selbständige

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

Kreis Paderborn
Der Landrat
Aldegrevestraße 10-14
33102 Paderborn
Telefon: 05251 308-0
Fax: 05251 308-8888
E-Mail: kreisverwaltung@kreis-paderborn.de

- **Zwecke der Datenverarbeitung:**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen der Aufgabenerfüllung nach § 18 Abs. 1, 4 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen - ÖGDG NRW und § 3 Landeshebammenengesetz - LHebG NRW i. V. m. § 9 der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW).

- **Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung:**

Art. 6 Abs. 1 Buchst. e) DS-GVO, §§ 3 Abs. 1, 17 DSGVO NRW i. V. m. § 2, 6, 18 ÖGDG NRW u. § 3 Landeshebammenengesetz - LHebG NRW bzw. Art. 6 Abs. 1 Buchst. a), Art. 7 DS-GVO.

- **Quelle aus der die personenbezogenen Daten stammen, soweit diese nicht bei der betroffenen Person erhoben wurden:**

Arbeitgeber, die Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigen.

- **Empfänger der Daten:**

Kreis Paderborn, Gesundheitsamt sowie ggf. Kämmerei zur Zahlungsabwicklung. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, sofern hierzu eine Einwilligung erteilt wurde.

- **Dauer der Datenspeicherung:**

Entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungszeiten; derzeit werden die Daten mindestens 10 Jahre nach der Anzeige über die Beendigung der Tätigkeit aufbewahrt.

- **Ihre Rechte nach Art. 15-20, Art. 77 Datenschutz-Grundverordnung:**

- **Auskunft** über die erhobenen Daten
- **Berichtigung** unrichtig oder unrichtiger gewordener Daten
- **Löschung**
- **Einschränkung** der Verarbeitung
- **Widerspruch** gegen die Verarbeitung
- Jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft, sofern eine Einwilligung erteilt wurde
- **Beschwerde** bei der Aufsichtsbehörde:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf
Telefon: 0211 38424-0
Telefax: 0211 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de
Internet: www.ldi.nrw.de

- **Kontaktdaten des behördlichen Datenschutzbeauftragten des Kreises Paderborn:**

E-Mail: datenschutz@kreis-paderborn.de; Tel. 05251 308-8500, Fax: -89 8500