

Meldepflichten für Hebammen gemäß § 7 Abs. 1 des Niedersächsischen Hebammengesetzes – NHebG
Die Meldepflichten für Hebammen gelten gemäß § 1 Abs. 2 NHebG auch für Entbindungspfleger

Bitte senden Sie diesen Meldebogen und die ggf. erforderlichen
Nachweise gerne auch per Email als Datei im pdf-Format an

Landkreis Peine
Fachdienst Gesundheitsamt
Maschweg 21
31224 Peine

gesundheit@landkreis-peine.de

oder per Fax an

05171 – 401 7731



Erstmeldung (Beglaubigte Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme/
Entbindungspfleger ist beizufügen)

Änderungsmeldung

Jährliche Meldung für das Jahr 20 _____ (Abzugeben bis zum 31.01. des Folgejahres)

Vertrauliche Personendaten (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1, 2 NHebG)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname (bei Abweichung): _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Anschrift(en) der beruflichen Tätigkeit (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung und Änderungen)

keine Änderung

Name der Einrichtung / Praxis: _____

Adresse: _____

Name der Einrichtung / Praxis: _____

Adresse: _____

Tätigkeit in einem weiteren Bezirk:

ja, und zwar _____

nein

Sicherstellung der Möglichkeit zum Empfang von Nachrichten (Meldung nach § 7 Abs. 1 Nr. 7 NHebG – Nur anzugeben
bei Erstmeldung sowie Änderung)

keine Änderung

Tel: beruflich mit Vorwahl: _____ Anrufbeantworter: Ja Nein

Tel privat mit Vorwahl: _____ Anrufbeantworter: Ja Nein

Mobilfunknummer: _____

Faxnummer mit Vorwahl: _____

E-Mail-Adresse: _____

Meldepflichten für Hebammen gemäß § 7 Abs. 1 des Niedersächsischen Hebammengesetzes – NHebG
Die Meldepflichten für Hebammen gelten gemäß § 1 Abs. 2 NHebG auch für Entbindungspfleger

Beginn und Beendigung der Berufsausübung (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr.1 und Nr. 11 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung sowie Änderungen)

keine Änderung

Beginn der Berufsausübung: _____

Beendigung der Berufsausübung: _____

Grund der Beendigung: _____

(z.B.: zeitliche Unterbrechung, Erziehungsurlaub, Berufsaufgabe, Verrentung, o.ä.)

Beschäftigungsart und Arbeitsumfang (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3 und Nr. 4 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung oder Änderung)

keine Änderung

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:

freiberuflich _____ Std.

angestellt _____ Std.

Und zwar in _____

(z. B. Krankenhaus, Gesundheitsamt, Beratungsstelle)

Tätigkeitsbereiche freiberuflich (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 5 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung oder Änderung)

keine Änderung

Allgemeine Beratung

(z.B. Aufklärung und Beratung über Familienplanung, Feststellung der Schwangerschaft usw.)

Vorgeburtliche Betreuung

Geburtsvorbereitung

Geburtshilfe

in Geburtshaus/Hebammenpraxis

in Facharztpraxis für Geburtshilfe

Hausgeburten

Beleghebamme

Nachgeburtliche Betreuung und Beratung

Familienhebamme

Sonstige Tätigkeiten: _____

B.: Sektorenübergreifend, Säuglingspflege, Säuglingsgymnastik, Stillberatung, Babyschwimmen)

(Z.

Tätigkeitsbereiche angestellt (z. B. in Krankenhaus) (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 5 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung oder Änderung)

keine Änderung

Vorgeburtliche Betreuung

Geburtsvorbereitung

Geburtshilfe

im Krankenhaus

in Geburtshaus/Hebammenpraxis

in Facharztpraxis für Geburtshilfe

Nachgeburtliche Betreuung und Beratung

Familienhebamme

Sonstige Tätigkeiten, und zwar _____

(z. B.: Säuglingspflege, Säuglingsgymnastik, Stillberatung, Babyschwimmen)

Meldepflichten für Hebammen gemäß § 7 Abs. 1 des Niedersächsischen Hebammengesetzes – NHebG
Die Meldepflichten für Hebammen gelten gemäß § 1 Abs. 2 NHebG auch für Entbindungspfleger

Ambulant geleitete Geburten im Jahr _____ (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 9 NHebG – Anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)

Anzahl der geleiteten ambulanten Geburten (gesamt): _____

Davon: Anzahl der ambulant begonnenen, aber in einer Klinik beendeten Geburten: _____

Teilnahme an beruflichen Fortbildungsveranstaltungen (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 8 NHebG – anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)

Letzte berufliche Fortbildungsveranstaltung (Tag/Monat/Jahr): _____

Ort: _____

Veranstalter: _____

Thema: _____

Teilnahme an Qualitätssicherung (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 10 NHebG – anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)

ambulante Geburtshilfe (ZQ der ÄK) Ja Nein

Schwangerschaftsbetreuung Ja Nein

Wochenpflege Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine private Anschrift und Telefonnummer Ja Nein
- meine berufliche Anschrift und Telefonnummer Ja Nein

veröffentlicht bzw. an interessierte Bürger und Einrichtungen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift