

**Absender**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
Plz, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Stadt Bochum  
Gesundheitsamt  
Westring 28/30  
44787 Bochum

**Anmeldung meiner freiberuflichen Tätigkeit als \_\_\_\_\_**

- Ich habe meine Tätigkeit am \_\_\_\_\_ in Bochum aufgenommen.
- Ich werde meine Tätigkeit am \_\_\_\_\_ in Bochum aufnehmen.

**Anlagen**

- beglaubigte** Fotokopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
- Nachweis über die Staatsangehörigkeit
- Kopie des Nachweises meiner Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 8 Nr. 2 Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger NRW

Ich werde das Gesundheitsamt unverzüglich über folgende Änderungen informieren:

- a) Verlegung meines Wohnsitzes außerhalb Bochums
- b) Beendigung meiner freiberuflichen Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift