

### Meldepflichten für Hebammen/ Entbindungspfleger

(gemäß § 7 Abs. 1 des Niedersächsischen Hebammengesetzes – NHebG)

Die Meldepflichten für Hebammen gelten gemäß § 1 Abs. 2 NHebG auch für Entbindungspfleger)

Meldung an die zuständige untere Gesundheitsbehörde:

Landkreis Harburg  
Abteilung Gesundheit  
Medizinalaufsicht  
Schloßplatz 6  
21423 Winsen (Luhe)

- Erstmeldung** (Beglaubigte Kopie der Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme/ Entbindungspfleger ist beizufügen)
- Änderungsmeldung**
- jährliche Meldung für das Jahr** \_\_\_\_\_ (Abzugeben bis zum 31.01. des Folgejahres)

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

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname (bei Abweichungen): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

- keine Änderungen

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 (Gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 7 NHebG – Nur anzugeben bei Erstmeldung sowie Änderung)

Tel. beruflich mit Vorwahl: \_\_\_\_\_ Anrufbeantworter  Ja  Nein  
Tel. privat mit Vorwahl: \_\_\_\_\_ Anrufbeantworter  Ja  Nein  
Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_  
Faxnummer mit Vorwahl: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**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, Elternzeit, Berufsaufgabe, Verrentung, o.ä.)

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

Geburtsvorbereitung

Geburtshilfe

in Geburtshaus/ Hebammenpraxis

in Facharztpraxis für Geburtshilfe

Hausgeburten

Beleghebamme

Nachgeburtliche Betreuung und Beratung

Familienhebamme

Sonstige Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

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

**Tätigkeitsbereiche angestellt (z.B. im 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

Facharztpraxis für Geburtshilfe

Nachgeburtliche Betreuung und Beratung

Familienhebamme

Sonstige Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

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

**Ambulante 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 begonnen, 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)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaftsbetreuung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wochenpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin damit einverstanden, dass

- a) meine private Anschrift und Telefonnummer  Ja  Nein  
b) meine berufliche Anschrift und Telefonnummer  Ja  Nein  
veröffentlicht bzw. an interessierte Bürger und Einrichtungen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis:** Unabhängig von der Meldung nach [§ 7 Abs. 1 NHebG](#) sind Meldungen nach § 7 Abs. 2 NHebG über Todesfälle, Tot- und Fehlgeburten unverzüglich vorzunehmen; diese Meldungen an die untere Gesundheitsbehörde können formlos zu erfolgen. Die Pflicht zur Auskunftserteilung nach § 8 Abs. 2 NHebG besteht unabhängig von den Meldepflichten nach § 7 NHebG.