

**Meldung nach § 7 Abs. 1 NHebG****Formular des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung  
(Stand: 22.08.2023)****Meldepflichten für Hebammen**

gemäß § 7 Abs. 1 Niedersächsisches Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG)

**An die zuständige untere Gesundheitsbehörde:**

Örtlich zuständig ist nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 VwVfG i. V. m. § 1 NVwVfG und § 8 Abs. 1 NHebG die Behörde, in deren Bezirk der Beruf überwiegend ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.

Landkreis Diepholz  
Gesundheitsamt  
Wellestraße 6  
49356 Diepholz

**1. Jährliche Meldung für das Jahr \_\_\_\_\_**

(Abzugeben bis zum 31.01. des jeweiligen Folgejahres, Angabe von Beginn und Beendigung der Berufsausübung unverzüglich)

 **Erstmeldung**

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

 **Änderungsmeldung****2. Vertrauliche Personendaten**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1, 2 NHebG)

**Name:** \_\_\_\_\_**Vorname:** \_\_\_\_\_**Geburtsname** (bei Abweichung): \_\_\_\_\_**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_**Korrespondenzadresse:****Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_**3. Anschrift/en der überwiegenden beruflichen Tätigkeit**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 i. V. m. § 8 Abs. 1 NHebG)

**Postadresse:** \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Postadresse: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit in einem oder mehreren weiteren Bezirk/en**

(freiwillige Angabe)

 nein ja, und zwar in \_\_\_\_\_

**4. Sicherstellung der Möglichkeit zum Empfang von Nachrichten**

(Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 NHebG)

Tel.-Nr. dienstlich mit Vorwahl: \_\_\_\_\_ Anrufbeantworter:  Ja  NeinMobilfunknummer dienstlich: \_\_\_\_\_ Anrufbeantworter:  Ja  Nein

Faxnummer mit Vorwahl: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**5. Beginn, Unterbrechung und Beendigung der Berufsausübung**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 NHebG)

Beginn der Berufsausübung: \_\_\_\_\_

Unterbrechung der Berufsausübung (Datum von – bis): \_\_\_\_\_

Beendigung der Berufsausübung (Datum) \_\_\_\_\_

**6. Außerklinisch geleitete Geburten im Jahr**(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 NHebG – anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)

Anzahl der jährlich geleiteten außerklinischen Geburten (gesamt): \_\_\_\_\_

davon:

Anzahl der außerklinisch begonnenen, aber in der Klinik beendeten Geburten: \_\_\_\_\_

**7. Beschäftigungsart und Arbeitsumfang**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 3, 4 NHebG)

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden (gesamt inkl. Wege- und Bürozeiten, etc.)

 freiberuflich \_\_\_\_\_ Std.

davon:

 klinisch \_\_\_\_\_ Std. außerklinisch \_\_\_\_\_ Std. angestellt \_\_\_\_\_ Std.

davon:

 klinisch \_\_\_\_\_ Std. außerklinisch \_\_\_\_\_ Std.**8. Tätigkeitsbereiche (Beschäftigungskategorien) freiberuflich**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 NHebG)

Mehrfachangaben möglich

 Allgemeine Beratung Vorgeburtliche Betreuung Geburtsvorbereitung Geburtshilfe Nachgeburtliche Betreuung und Beratung (u. a. Wochenbettbetreuung) Familienhebammentätigkeit Sonstige Tätigkeiten im Rahmen der Hebammentätigkeit:

\_\_\_\_\_

**9. Tätigkeitsbereiche (Beschäftigungskategorien) angestellt**

(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 NHebG)

Mehrfachangaben möglich

- Allgemeine Beratung
- Vorgeburtliche Betreuung
- Geburtsvorbereitung
- Geburtshilfe
- Nachgeburtliche Betreuung und Beratung (u. a. Wochenbettbetreuung)
- Familienhebammentätigkeit
- Sonstige Tätigkeiten im Rahmen der Hebammentätigkeit:

**10. Teilnahme an beruflichen Fortbildungsveranstaltungen in den letzten drei Jahren**(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 i. V. m. § 2 Abs. 4 NHebG – anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)

Datum (von - bis): \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Datum (von - bis): \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Datum (von - bis): \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Anzahl der Unterrichtsstunden gesamt: \_\_\_\_\_

**11. Teilnahme an der Qualitätssicherung**(Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 NHebG – anzugeben bei jeder jährlichen Meldung)außerklinische Geburtshilfe  Ja  NeinSchwangerschaftsbetreuung  Ja  NeinWochenbettbetreuung  Ja  Nein**Nachweis Berufshaftpflichtversicherung**

Darüber hinaus besteht die Nachweispflicht einer Berufshaftpflichtversicherung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 NHebG für freiberuflich tätige Hebammen unter Vorlage eines Versicherungsnachweises. Nach § 7 Abs. 1 Satz 4 NHebG besteht diese Pflicht nach dem ersten **Nachweis alle drei Jahre**.

Ich bin damit einverstanden, dass meine dienstliche Anschrift und Telefonnummer veröffentlicht bzw. an interessierte Bürger/innen und Einrichtungen weitergegeben wird (freiwillig).  Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Weitere Hinweise:**

**Unabhängig von der Meldung nach § 7 Abs. 1 NHebG sind Meldungen nach § 7 Abs. 2 NHebG über Todesfälle und Totgeburten unverzüglich vorzunehmen. Diese Meldungen an die untere Gesundheitsbehörde können formlos erfolgen.**

**Die Pflicht zur Auskunftserteilung nach § 8 Abs. 2 NHebG besteht unabhängig von den Meldepflichten nach § 7 NHebG.**