

### Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung

1. Welcher Art ist Ihre selbstständige Tätigkeit? (Bitte genaue Berufsbezeichnung/Fachrichtung angeben. Sofern sich aus der Bezeichnung nicht eindeutig das Aufgabengebiet ergibt, geben Sie uns bitte eine kurze Beschreibung Ihres Tätigkeitsfeldes [wenn der Platz nicht ausreicht, bitte weiteres Blatt beifügen])																	
2. Geschäftsadresse: <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr><td style="padding-right: 10px;">Straße/ Haus-Nr.</td><td>.....</td></tr> <tr><td>PLZ/ Ort</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Telefonnummer</td><td>.....</td></tr> </table>	Straße/ Haus-Nr.	.....	PLZ/ Ort	.....	Telefonnummer	.....											
Straße/ Haus-Nr.	.....																
PLZ/ Ort	.....																
Telefonnummer	.....																
3. Persönliche Angaben: <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr><td style="padding-right: 10px;">Name</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Vorname</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Anrede</td><td><input type="checkbox"/> Frau    <input type="checkbox"/> Herr</td></tr> <tr><td>Wohnanschrift: Straße/ Haus-Nr.</td><td>.....</td></tr> <tr><td>PLZ/ Ort</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Telefonnummer</td><td>.....</td></tr> <tr><td>Internetadresse</td><td>www. ....</td></tr> </table>	Name	.....	Vorname	.....	Geburtsdatum	.....	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Wohnanschrift: Straße/ Haus-Nr.	.....	PLZ/ Ort	.....	Telefonnummer	.....	Internetadresse	www. ....	
Name	.....																
Vorname	.....																
Geburtsdatum	.....																
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr																
Wohnanschrift: Straße/ Haus-Nr.	.....																
PLZ/ Ort	.....																
Telefonnummer	.....																
Internetadresse	www. ....																
4. Seit wann betreiben Sie die unter Punkt 1 genannte Praxis, Einrichtung bzw. freiberufliche Tätigkeit?	seit: ..... <span style="margin-left: 100px;">Tag/Monat/Jahr</span>																
5. Seit wann beschäftigen Sie Personal (einschl. mithelfender Familienangehöriger und Lebenspartner) und wieviele Personen sind es? Bei Praxisgemeinschaften/ Gemeinschaftspraxen bitte angeben, ob die Personalkosten gemeinsam getragen werden.	seit: .....    Anzahl: ..... <span style="margin-left: 100px;">Tag/Monat/Jahr</span> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
6. Wurde die Praxis bzw. das Unternehmen von einem Vorbesitzer übernommen? (Wenn ja, bitte Namen und jetzige Anschrift des Vorbesitzers angeben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
7. Betreiben Sie neben der unter Punkt 1 genannten Einrichtung weitere Praxen, Unternehmen, Betriebsstätten bzw. andere freiberufliche Tätigkeiten? Wenn ja, bitte genaue Anschriften, Rechtsform und Eröffnungsdaten angeben.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																
8. Gehören Sie bereits unserer oder einer anderen Berufsgenossenschaft an? Wenn ja, welcher, mit welchen Unternehmensteilen und wie lautet das Aktenzeichen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																

<p>9. Liegt Ihnen eine Urkunde gemäß § 1 PsychThG bzw. § 1 HPG vor? Wenn ja, bitte Kopie beifügen.</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>10. <b>Nur von Tierärzten zu beantworten:</b> Welcher Art ist Ihre Tierarztpraxis?</p>	<input type="checkbox"/> (0440) Praxis für überwiegend Großtiere <input type="checkbox"/> (0450) Praxis für überwiegend Kleintiere <input type="checkbox"/> (0430) Praxis für Klein- und Großtiere <input type="checkbox"/> (0461) Sonstige
<p>11. <b>Nur von Podologen, Fußpflegern und Kosmetikern zu beantworten:</b> Welche Tätigkeiten üben Sie persönlich aus und wie verteilen sich die von Ihnen ausgeübten Tätigkeiten prozentual? Medizinische Fußpflege umfasst unter anderem: Nagel- und Hühneraugenbehandlung, das Erkennen und Behandeln von krankhaften Haut- und Nagelveränderungen, Behandeln von Mykosen, Anwenden von Nagelprothetik, Orthonyxiertechniken (Nagelkorrektur durch Spangen), Anfertigung von Orthosen, Druckentlastungen, Reibungsschutz und Taping, Risiko-Fußbehandlungen (Diabetes, Angiopathie, Neuropathie).</p>	<input type="checkbox"/> <b>medizinische</b> Fußpflege = ..... % <input type="checkbox"/> <b>kosmetische</b> Fußpflege = ..... % (z. B. Lackieren, Schneiden der Fußnägel zu kosmetischen Zwecken und Naildesign) <input type="checkbox"/> Kosmetikbehandlungen = ..... % <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeiten (z. B. Einzelhandel): ..... = ..... % Zusammen = 100 %
<p>12. <b>Nur von Schädlingsbekämpfern zu beantworten:</b> Wie verteilen sich die vom Unternehmer und etwaigen Hilfskräften ausgeübten Tätigkeiten prozentual?</p>	a) Hygienische Schädlingsbekämpfungen einschließlich Wohnungsdesinfektion = ..... % b) Pflanzenschutz, Unkrautbekämpfung und sonstige Tätigkeiten zur Förderung und zum Schutze der Landwirtschaft = ..... % c) Holz- und Bautenschutz, Holzbockbekämpfung, Schwammsanierung etc. = ..... %
<p>13. <b>Nur von Friseuren zu beantworten:</b> Ist Ihr Ehepartner für Ihren Friseur- und/oder Haarbearbeitungsbetrieb <b>ohne</b> Arbeitsvertrag tätig?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anschrift: ..... .....
<p>14. <b>Nur von Berufsbetreuern zu beantworten:</b> Liegt Ihnen eine Bescheinigung des Betreuungsgerichts über die Feststellung der Berufsmäßigkeit vor (Bestallungs-urkunde/Betreuerausweis)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Kopie beifügen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bitte senden an:

Berufsgenossenschaft für  
Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege  
Unternehmerbetreuung  
Postfach 76 02 24  
22052 Hamburg