

Geburtsdatum:	_____
Wohnanschrift	_____
Straße/Hausnummer:	_____
Postfach:	_____
Postleitzahl/Ort/Land:	_____
Telefon:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
Internetadresse:	www. _____

3. Welche berufliche Qualifikation liegt Ihrer Tätigkeit zu Grunde?

Bitte benennen Sie Ihre Qualifikation.	_____

4. Was ist Art und Gegenstand des Unternehmens?

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Aufgaben.	_____

5. Seit wann betreiben Sie das unter Punkt 1 genannte Unternehmen?

seit (Tag/Monat/Jahr):	_____
------------------------	-------

6. Seit wann beschäftigen Sie Personal (einschließlich Aushilfen und mithelfender Familienangehörigen und Lebenspartner) und wie viele Personen sind es?

seit (Tag/Monat/Jahr):	_____
Anzahl:	_____
Entgelt:	_____
Bei Praxisgemeinschaften bitte angeben, ob die Personalkosten gemeinsam getragen werden.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

7. Haben Sie das Unternehmen (die Praxis) von einem Vorbesitzer übernommen?

	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
übernommen am (Tag/Monat/Jahr):	_____
Name, Vorname:	_____
Straße/Hausnummer:	_____
Postleitzahl/Ort/Land:	_____

8. Weitere Unternehmen/Einrichtungen/Betriebsstätten

Betreiben Sie neben dem unter Punkt 1 genannten Unternehmen weitere Unternehmen/Praxen/Betriebsstätten bzw. üben Sie andere freiberufliche Tätigkeiten aus? (Wenn ja, bitte Anschrift, Rechtsform und Eröffnungsdaten angeben.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (ggf. zusätzliches Blatt beifügen)
--	---

9. Mitgliedschaft bei der BGW oder bei anderen Unfallversicherungsträgern

Gehören Sie bereits der BGW oder einem anderen Unfallversicherungsträger an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, der BGW - Kunden Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Ja, einem anderen Unfallversicherungsträger
Bezeichnung/Name: _____	_____
Straße/Hausnummer: _____	_____
Postleitzahl/Ort/Land: _____	_____
Aktenzeichen: _____	_____

10. Qualifikationen

Liegt Ihnen eine Urkunde gemäß § 1 PsychThG bzw. § 1 HeilprG vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kopie ist beigefügt
---	--

11. Nur von Podologen, Fußpflegern und Kosmetikern zu beantworten

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, Orthonyxietechniken (Nagelkorrektur durch Spangen), Anfertigung von Orthosen, Druckentlastungen, Reibungsschutz und Taping, Risiko-Fußbehandlungen (Diabetes, Angiopathie, Neuropathie).	<input type="checkbox"/> medizinische Fußpflege = ____ % <input type="checkbox"/> kosmetische 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 %
---	---

12. Nur von Friseuren zu beantworten

Ist Ihr Ehegatte bzw. Ihre Ehegattin oder Ihr eingetragener Lebenspartner bzw. Lebenspartnerin im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes für Ihren Friseur- und/oder Haarbearbeitungsbetrieb ohne Arbeitsvertrag tätig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Name, Vorname, Titel: _____	_____

Geburtsort/Land:	_____
Geburtsname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße/Hausnummer:	_____
Postleitzahl/Ort/Land:	_____
Beginn der Tätigkeit (Tag/Monat/Jahr):	_____

13. Nur von Berufsbetreuern zu beantworten

Liegt Ihnen eine Bescheinigung des Betreuungsgerichts über die Feststellung der Berufsmäßigkeit gemäß § 1836 Abs. 1 S. 2 BGB vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kopie ist beigelegt
Sind Sie niedergelassener Rechtsanwalt oder Notar?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Punkt 8 beachten)

14. Nur von Schädlingsbekämpfern zu beantworten

Wie verteilen sich die vom Unternehmer und etwaigen Hilfskräften ausgeübten Tätigkeiten prozentual?	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.= ____%
---	---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Rücksendeadresse:

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