

Kundennummer: Anmeldung
Online

1. Angaben zum Unternehmen:

Name, Vorname, Titel: Unternehmenbezeichnung/Firma: Straße/Hausnummer: Postfach: Postleitzahl/Ort/Land: Telefon: E-Mail-Adresse: Internetadresse: Rechtsform: z. B. Einzelunternehmen, e. Kfm., GbR Ist das Unternehmen in einem Register eingetragen?	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ WWW. _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Registerart: _____ Registernummer: _____ Zuständiges Amtsgericht: _____ (Bitte Gesellschaftervertrag beifügen)
---	--

2. Persönliche Angaben:

Anrede: Name, Vorname, Titel: Geburtsort/Land: Geburtsname: Geburtsdatum: Wohnanschrift: Straße/Hausnummer: Postleitzahl/Ort/Land: Telefonnummer: E-Mail-Adresse:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--

3. Was ist Art und Gegenstand des Unternehmens?

Bitte beschreiben Sie uns kurz Ihre Aufgaben.	
---	--

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

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

5. 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
---	--

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

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

7. 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)
--	---

8. Mitgliedschaft bei der BGW oder bei anderen Unfallversicherungsträgern.

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

9. Qualifikationen

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

10. 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, Orthonxyietechniken (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 %
---	---

Kundennummer: Anmeldung
Online

11. Nur von Friseuren zu beantworten.

<p>Ist Ihr Ehe- oder Lebenspartner für Ihren Friseur- und/ oder Haarbearbeitungsbetrieb ohne Arbeitsvertrag tätig?</p> <p>Name, Vorname, Titel: _____</p> <p>Geburtsort/Land: _____</p> <p>Geburtsname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Straße/Hausnummer: _____</p> <p>Postleitzahl/Ort/Land: _____</p> <p>Beginn der Tätigkeit (Tag/Monat/Jahr): _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

12. Nur von Berufsbetreuern zu beantworten.

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

13. Nur von Schädlingsbekämpfern zu beantworten.

<p>Wie verteilen sich die vom Unternehmer und etwaigen Hilfskräften ausgeübten Tätigkeiten prozentual?</p>	<p>a) Hygienische Schädlingsbekämpfungen einschließlich Wohnungsdesinfektion = _____ %</p> <p>b) Pflanzenschutz, Unkrautbekämpfung und sonstige Tätigkeiten zur Förderung und zum Schutze der Landwirtschaft = _____ %</p> <p>c) Holz- und Bautenschutz, Holzbockbekämpfung, Schwammsanierung etc. = _____ %</p>
--	--

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Rücksendeadresse:

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