

### Anmeldung zur gesetzlichen Unfallversicherung

<p>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])</p>	
<p>2. Geschäftsadresse:</p> <p style="text-align: right;">Straße/ Haus-Nr. PLZ/ Ort Telefonnummer</p>	<p>..... ..... .....</p>
<p>3. Persönliche Angaben:</p> <p style="text-align: right;">Name Vorname Geburtsdatum Anrede</p> <p>Wohnanschrift:      Straße/ Haus-Nr. PLZ/ Ort Telefonnummer</p>	<p>..... ..... ..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Frau    <input type="checkbox"/> Herr</p> <p>..... ..... .....</p>
<p>4. Seit wann betreiben Sie die unter Punkt 1 genannte Praxis, Einrichtung bzw. freiberufliche Tätigkeit?</p>	<p>seit: .....</p>
<p>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.</p>	<p>seit: .....      Anzahl: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>6. Wurde die Praxis bzw. das Unternehmen von einem Vorbesitzer übernommen? (Wenn ja, bitte Namen und jetzige Anschrift des Vorbesitzers angeben)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>8. Gehören Sie bereits unserer oder einer anderen Berufsgenossenschaft an? Wenn ja, welcher, mit welchen Unternehmensteilen und wie lautet das Aktenzeichen?</p>	<p><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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. <b>Nur von Tierärzten zu beantworten:</b> Welcher Art ist Ihre Tierarztpraxis?	<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
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, Orthonyxietechniken (Nagelkorrektur durch Spangen), Anfertigung von Orthosen, Druckentlastungen, Reibungsschutz und Taping, Risiko-Fußbehandlungen (Diabetes, Angiopathie, Neuropathie).	<input type="checkbox"/> <b>medizinische Fußpflege</b> = ..... %  <input type="checkbox"/> <b>kosmetische Fußpflege</b> = ..... % (z. B. Lackieren, Schneiden der Fußnägel zu kosmetischen Zwecken und Naildesign) <input type="checkbox"/> <b>Kosmetikbehandlungen</b> = ..... % <input type="checkbox"/> <b>Sonstige Tätigkeiten (z. B. Einzelhandel):</b> ..... = ..... %  Zusammen = 100 %
12. <b>Nur von Schädlingsbekämpfern zu beantworten:</b>  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. = ..... %
13. <b>Nur von Friseuren zu beantworten:</b>  Ist Ihr Ehepartner für Ihren Friseur- und/oder Haarbearbeitungsbetrieb <u>ohne</u> Arbeitsvertrag tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Anschrift: ..... .....
14. <b>Nur von Berufsbetreuern zu beantworten:</b>  Liegt Ihnen eine Bescheinigung des Betreuungsgerichts über die Feststellung der Berufsmäßigkeit vor (Bestellungs-urkunde/Betreuerausweis)?	<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