

**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:                    Straße/ Haus-Nr.                                                   PLZ/ Ort                                                   Telefonnummer</p>	<p>..... ..... .....</p>
<p>3. Persönliche Angaben:            Name                                                   Vorname                                                   Geburtsdatum                                                   Anrede                                 <input type="checkbox"/> Frau     <input type="checkbox"/> Herr  Wohnanschrift:                        Straße/ Haus-Nr.                                                   PLZ/ Ort                                                   Telefonnummer</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 Praxismgemeinschaften/ 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>

**Bitte wenden!**

<p>9. <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>10. <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?</p>	<input type="checkbox"/> <b>medizinische</b> Fußpflege = ..... % (z. B. Nagel- und Hühneraugenbehandlung) <input type="checkbox"/> <b>kosmetische</b> Fußpflege = ..... % (z. B. Lackieren und Schneiden der Fußnägel zu kosmetischen Zwecken ) <input type="checkbox"/> Kosmetikbehandlungen = ..... % <input type="checkbox"/> Sonstige Tätigkeiten (z. B. Einzelhandel): ..... = ..... % Zusammen = 100 %
<p>11. <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>12. <b>Nur von Psychologen zu beantworten:</b> 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>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:

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

Bitte senden an:

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