



## ÄNDERUNGSMITTEILUNG

--	--	--

Mitgliedsnummer

Geburtsdatum

Landesverband

--	--

Vorname

Name

### Kontaktdaten

Änderung zum \_\_\_\_\_

--	--

Name

Anschrift

--	--

Telefon

E-Mail

### Landesverband

Ich bin in ein anderes Bundesland umgezogen und stimme dem Landesverbandswechsel zu

 ja nein

### Mitgliedsstatus

Änderung zum \_\_\_\_\_

Ich beantrage den Wechsel in die Ordentliche Mitgliedschaft. Der Wechsel ist ohne Einhaltung einer Frist möglich und erfolgt vor Aufnahme der Tätigkeit.

<p><b>A. Ordentliche Mitgliedschaft mit vollem Beitrag</b></p> <p>Personen mit einer gültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme oder Entbindungspfleger. Bei aktiver Berufsausübung in</p> <p><input type="checkbox"/> originärer Hebammentätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Lehre und Forschung</p> <p><input type="checkbox"/> bezahlter Verbandsarbeit</p>	<p>Jahresbeitrag</p> <p>295,00 €</p>
<p><b>B. Ordentliche Mitgliedschaft mit reduziertem Beitrag</b></p> <p>Personen, die sich in einer primären Qualifizierung zur Hebamme befinden (Studiengang oder Hebammenschule) oder Hebammen, die in einem Drittstaat, einem Mitgliedsstaat, einem Vertragsstaat oder einem gleichgestellten Staat eine Hebammen-Qualifikation erworben haben, die in Deutschland nicht als gleichwertig anerkannt ist und die sich in einem Verfahren zur Anerkennung befinden.</p>	<p>Jahresbeitrag</p> <p>150,00 €</p>

<p><b>B. I Wenn sie</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>1. Studierende in ausbildungsbegleitenden oder ausbildungsintegrierenden Studiengängen oder Studierende in Modellstudiengängen nach dem Berufsexamen und vor dem Bachelorabschluss sind, die beruflich tätig sein wollen</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kategorie a Freiberufliche Tätigkeit ohne Einschränkung</b> Haftpflichtversicherung in der jeweils korrekten Form (mit oder ohne Geburtshilfe). Maximal für die Dauer von 1,5 Jahren, längstens jedoch bis 31.12.2027</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kategorie b Tätigkeit als angestellte Hebamme</b> Versicherungsform: subsidiärer Versicherungsschutz**. Maximal für die Dauer von 1,5 Jahren, längstens jedoch bis 31.12.2027.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>2. Hebammen mit altrechtlicher Ausbildung, die einen Bachelor-Studiengang in Hebammenwissenschaften oder vergleichbar absolvieren*</b> Diese Option gilt bis 31.12.2030. Sie kann durch einen Beschluss der Bundesdelegiertentagung verlängert werden. Ohne einen erneuten Beschluss endet diese Mitgliedkategorie mit dem 31.12.2030, bei bereits begonnenen Studiengängen bis zu dem Studienabschluss, längstens jedoch bis zum 31.12.2032.</p> <p>Die regelmäßige Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung ist erforderlich.</p>	
<p><b>B. II Wenn sie</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>1. Schüler*innen und Studierende bis zum Berufsexamen sind</b> Diese Option gilt bis 31.12.2027. Danach gilt ausschließlich die Kategorie B. II 3. ohne die Option für Schülerinnen.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>2. Studierende in einem primären Bachelorstudiengang zum Erwerb der primären Qualifikation nach dem Berufsexamen sind, jedoch nicht berufstätig sind</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>3. Hebamme mit altrechtlicher Ausbildung sind, die einen Bachelor-Studiengang in Hebammenwissenschaften oder vergleichbar absolvieren* und nicht berufstätig sind</b> Diese Option gilt bis 31.12.2027. Danach gilt ausschließlich die Kategorie B. II 3. ohne die Option für Schülerinnen bis 31.12.2030 und kann durch einen Beschluss der Bundesdelegiertentagung verlängert werden. Ohne einen erneuten Beschluss endet diese Mitgliedkategorie mit dem 31.12.2030, wobei diese Mitgliedskategorie bei bereits begonnenen Studiengängen bis zu dem Studienabschluss beibehalten werden kann, längstens jedoch bis zum 31.12.2032.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4. Hebamme sind, die in einem Drittstaat, einem Mitgliedsstaat, einem Vertragsstaat oder einem gleichgestellten Staat eine Hebammen-Qualifikation erworben hat, die in Deutschland nicht als gleichwertig anerkannt ist und die sich in einem Verfahren zur Anerkennung befindet</b></p> <p>Der reduzierte Beitrag inkludiert eine subsidiäre Haftpflichtversicherung**. Die regelmäßige Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung bzw. der Bescheid der Behörde über die erforderliche Anpassungsmaßnahme ist erforderlich.</p>	<p>Jahresbeitrag 30,00 €</p>

\*Hebammenwissenschaft, Hebammenkunde, und weitere berufsbezogene Studiengänge, z. B. Pflegemanagement/Gesundheitsmanagement, Pflegepädagogik/Gesundheitspädagogik; Gesundheitswissenschaften. Weitere nach Abstimmung mit dem jeweiligen Landesverband.

\*\*Subsidiärer Versicherungsschutz besteht für Schäden, die im Rahmen der Ausbildung oder des

Studiiums verursacht werden inkl. der dazugehörigen Externate, Hospitationen oder Praktika innerhalb Europas. Dies gilt auch für ausländische Hebammen, welche aufgrund fehlender Anerkennung einen Anpassungslehrgang absolvieren. Vorausgesetzt ist in allen zuvor genannten Fällen die Mitgliedschaft im DHV. Eine Privat- und Hundehalterhaftpflichtversicherung ist ebenfalls subsidiär enthalten.

Ich beantrage den Wechsel in die Außerordentliche Mitgliedschaft. Der Wechsel ist zum 01.01., 01.04., 01.07. und 01.10. eines Jahres möglich.

<p><b>C. Außerordentliche Mitgliedschaft</b></p> <p>Personen mit einer gültigen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme oder Entbindungspfleger, die nicht aktiv in originärer Hebammentätigkeit, in Lehre und Forschung oder in bezahlter Verbandsarbeit als Hebamme tätig sind und die eine besondere Lebenssituation nachweisen können:</p> <p><input type="checkbox"/> a. Rentner*innen</p> <p><input type="checkbox"/> b. nicht Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbsunfähige</p> <p><input type="checkbox"/> c. Hebammen in Mutterschutz/Erziehungszeit</p> <p><input type="checkbox"/> d. Hebammen in Auslandstätigkeit (ohne Versicherungsschutz)</p> <p><input type="checkbox"/> e. Hebammen in fachfremden Berufen</p> <p>Geeignete Nachweise sind der Beitrittserklärung beizufügen. Für den Fall, dass kein geeigneter Nachweis über die oben angekreuzte besondere Lebenssituation vorgelegt werden kann, ist nachfolgende Eidesstattliche Erklärung erforderlich.</p> <p><b>Eidesstattliche Erklärung</b></p> <p>Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass die vorstehend gemachten Angaben korrekt sind und der Wahrheit entsprechen.</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ Unterschrift</p>	<p>Jahresbeitrag 50,00 €</p>
---	----------------------------------

**Gruppen-Berufsrechtsschutzversicherung**      Änderung zum \_\_\_\_\_

Bei ordentlicher Mitgliedschaft zzgl. € 21,40 Jahresbeitrag.

Ja, ich wünsche die Berufsrechtsschutzversicherung.

**Versicherungsform in der Gruppen-Haftpflicht-Versicherung**

Ich bitte um Zusendung des Aufnahmeantrages

Deutscher Hebammenverband e. V., Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe

Gläubiger-Identifikationsnummer DE43DHV00000607579

Mandatsreferenz **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Deutscher Hebammenverband e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutscher Hebammenverband e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber\*in (falls abweichend von Antragsteller\*in)

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC) \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber\*in

#### **Einwilligung in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an die Bank zu Zwecken der Abwicklung des SEPA-Lastschriftmandats.**

Mit der Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats willige ich ein, dass der Deutsche Hebammenverband e. V. meine personenbezogenen Daten (insbesondere Name, IBAN/BIC, Beitragshöhe) für die Abwicklung des SEPA-Lastschriftmandats an den/die ausführenden Zahlungsdienstleister übermittelt. Die Übermittlung der vorstehend genannten Daten ist Voraussetzung dafür, dass der Deutsche Hebammenverband e. V. die satzungsgemäßen Beiträge über das SEPA-Lastschriftmandat einziehen kann. Meine Einwilligung ist Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung für den vorgenannten Zweck. Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich bin berechtigt, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Weitere Informationen zum Datenschutz finde ich unter <https://www.hebammenverband.de/datenschutz/>.

Sollte bei Abbuchung das Konto nicht ausreichend gedeckt sein, ein Widerruf Ihrerseits erfolgen bzw. die uns bekannten Bankdaten nicht korrekt sein, ist der Deutsche Hebammenverband e. V. berechtigt, Ihnen die angefallene Rücklastschriftgebühr in Rechnung zu stellen.

## Datenschutz

Meine personenbezogenen Daten werden vom Deutsche Hebammenverband e. V. unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Deutschen Datenschutzrechts (BDSG) für die Begründung und Verwaltung meiner Mitgliedschaft erhoben, verarbeitet und genutzt. Im Rahmen dieser Zweckbestimmungen werden meine Daten ausschließlich zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben an diesbezüglich besonders Beauftragte weitergegeben und genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner gesonderten Einwilligung. Eine Weitergabe der Daten zu Marketingzwecken findet nicht statt. Weitere Hinweise zum Datenschutz finde ich unter <https://www.hebammenverband.de/datenschutz/>.

### **Erweiterte Datenschutzerklärung für die Aufnahme in einen Landesverbandes des DHV mit Kreisstruktur<sup>1</sup>:**

Meine personenbezogenen Daten werden vom Landesvorstand des entsprechenden Landesverbandes zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Deutschen Datenschutzrechts (BDSG) an die Sprecherinnen der Kreisgruppen/die Kreisvorsitzenden weitergeleitet und dort auch gespeichert. Ich erteile hierzu ebenfalls mein Einverständnis. Mir ist bekannt, dass die Kreissprecherinnen/Kreisvorsitzenden die Daten ebenfalls speichern und zum rechtmäßigen Umgang mit Daten ordnungsgemäß verpflichtet wurden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formfrei widerrufen kann und dass im Widerrufsfall eine Betreuung der Mitgliedschaft im Sinne der satzungsmäßigen Aufgaben nicht mehr gewährleistet ist. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich habe die Informationen zum Datenschutz, die Satzung des von mir gewählten Landesverbandes und die Beitragsordnung des Deutschen Hebammenverbandes zur Kenntnis genommen und erkenne diese an. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben die ich dem Deutschen Hebammenverband e. V. zum Zwecke der Datenerfassung im Zusammenhang mit meinem Beitritt zur Verfügung stelle.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

---

<sup>1</sup> Zu den Landesverbänden mit Kreisstruktur gehören LV Baden-Württemberg, LV Bayern, LV Hessen, LV Rheinlandpfalz, LV Niedersachsen, LV Nordrhein-Westfalen und LV Schleswig-Holstein.