

**Formblatt zur Datenerhebung
nach § 5 Abs. 1 des Thüringer Beteiligungstransparenzdokumentationsgesetzes**

Jede natürliche oder juristische Person, die sich mit einem schriftlichen Beitrag an einem Gesetzgebungsverfahren beteiligt hat, ist nach dem Thüringer Beteiligungstransparenzdokumentationsgesetz (ThürBeteilldokG) verpflichtet, die nachfolgend erbetenen Angaben – soweit für sie zutreffend – zu machen.

Die Informationen der folgenden Felder 1 bis 6 werden in jedem Fall als verpflichtende Mindestinformationen gemäß § 5 Abs. 1 ThürBeteilldokG in der Beteiligungstransparenzdokumentation veröffentlicht. Ihr inhaltlicher Beitrag wird zusätzlich nur dann auf den Internetseiten des Thüringer Landtags veröffentlicht, wenn Sie Ihre Zustimmung hierzu erteilen.

Bitte gut leserlich ausfüllen und zusammen mit der Stellungnahme senden!

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|-------------------|--------------------------|-------------|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|--|
| Zu welchem Gesetzentwurf haben Sie sich schriftlich geäußert (Titel des Gesetzentwurfs)? | | | | | | | | | | | | | |
| Gesetz zur Änderung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes Gesetzentwurf der Fraktionen DIE LINKE, der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 7/5376 - | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Haben Sie sich als Vertreter einer juristischen Person geäußert, d. h. als Vertreter einer Vereinigung natürlicher Personen oder Sachen (z. B. Verein, GmbH, AG, eingetragene Genossenschaft oder öffentliche Anstalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Stiftung des öffentlichen Rechts)? (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 ThürBeteilldokG; Hinweis: Wenn nein, dann weiter mit Frage 2. Wenn ja, dann weiter mit Frage 3.) | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Name</td> <td>Organisationsform</td> </tr> <tr> <td><i>Regiomed-Kliniken</i></td> <td><i>GmbH</i></td> </tr> <tr> <td>Geschäfts- oder Dienstadresse</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer (oder Postfach)</td> <td><i>Gustav-Hirschfeld-Ring 3</i></td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl, Ort</td> <td><i>96450 Coburg</i></td> </tr> </table> | Name | Organisationsform | <i>Regiomed-Kliniken</i> | <i>GmbH</i> | Geschäfts- oder Dienstadresse | | Straße, Hausnummer (oder Postfach) | <i>Gustav-Hirschfeld-Ring 3</i> | Postleitzahl, Ort | <i>96450 Coburg</i> | | |
| Name | Organisationsform | | | | | | | | | | | | |
| <i>Regiomed-Kliniken</i> | <i>GmbH</i> | | | | | | | | | | | | |
| Geschäfts- oder Dienstadresse | | | | | | | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer (oder Postfach) | <i>Gustav-Hirschfeld-Ring 3</i> | | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl, Ort | <i>96450 Coburg</i> | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Haben Sie sich als natürliche Person geäußert, d. h. als Privatperson? (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2 ThürBeteilldokG) | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Name</td> <td>Vorname</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse</td> <td><input type="checkbox"/> Wohnadresse</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.)</td> </tr> <tr> <td>Straße, Hausnummer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl, Ort</td> <td></td> </tr> </table> | Name | Vorname | | | <input type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse | <input type="checkbox"/> Wohnadresse | (Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.) | | Straße, Hausnummer | | Postleitzahl, Ort | |
| Name | Vorname | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse | <input type="checkbox"/> Wohnadresse | | | | | | | | | | | | |
| (Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.) | | | | | | | | | | | | | |
| Straße, Hausnummer | | | | | | | | | | | | | |
| Postleitzahl, Ort | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----|--|
| 3. | Was ist der Schwerpunkt Ihrer inhaltlichen oder beruflichen Tätigkeit? (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 ThürBetellDokG) |
| | <i>Gesundheitswesen: Führung von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, MVZ und badengeb. Rettungsdienst</i> |
| 4. | Haben Sie in Ihrem schriftlichen Beitrag die entworfenen Regelungen insgesamt eher <input checked="" type="checkbox"/> befürwortet, <input type="checkbox"/> abgelehnt, <input type="checkbox"/> ergänzungs- bzw. änderungsbedürftig eingeschätzt? |
| | Bitte fassen Sie kurz die wesentlichen Inhalte (Kernaussage) Ihres schriftlichen Beitrages zum Gesetzgebungsverfahren zusammen! (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 ThürBetellDokG) <i>Die Gesetzesänderung wird befürwortet. Auf die Verbesserung der Qualität und den gleichzeitigen Arbeitskräftemangel wurde hingewiesen, um die finanzielle Sicherheit wird gebeten.</i> |
| 5. | Wurden Sie vom Landtag gebeten, einen schriftlichen Beitrag zum Gesetzgebungsvorhaben einzureichen? (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 ThürBetellDokG) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ja (Hinweis: weiter mit Frage 6) <input type="checkbox"/> nein |
| | Wenn Sie die Frage 5 verneint haben: Aus welchem Anlass haben Sie sich geäußert? |
| | In welcher Form haben Sie sich geäußert? |
| | <input type="checkbox"/> per E-Mail |
| | <input type="checkbox"/> per Brief |
| 6. | Haben Sie sich als Anwaltskanzlei im Auftrag eines Auftraggebers mit schriftlichen Beiträgen am Gesetzgebungsverfahren beteiligt? (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 ThürBetellDokG) |
| | <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 7) |
| | Wenn Sie die Frage 6 bejaht haben: Bitte benennen Sie Ihren Auftraggeber! |

| | | |
|----|--|-------------------------------|
| 7. | Stimmen Sie einer Veröffentlichung Ihres schriftlichen Beitrages in der Betillgtentransparenzdokumentation zu? (§ 5 Abs. 1 Satz 2 ThürBetelldokG) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift versichere ich die **Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben**. Änderungen in den mitgeteilten Daten werde ich unverzüglich und unaufgefordert bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens mitteilen.

| |
|----------------------|
| Ort, Datum |
| 24. AUG. 2022 |