

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

Jede natürliche oder juristische Person, die sich mit einem schriftlichen Beitrag an einem Gesetzgebungsverfahren beteiligt hat, ist nach dem Thüringer Beteiligtransparenzgesetz (ThürBeteilDG) 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 ThürBeteilDG in der Beteiligtransparenzdokumentation 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)? | |
| Thüringer Gesetz zur Umsetzung erforderlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie (ThürCorPaG) Gesetzentwurf der Fraktionen DIE LINKE, der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN -Drucksache 7/686 NF- | |
| Aben Sie sich als Vertreter einer juristischen Person geäußert, oder als Vertreter einer Vereinigung natürlicher Personen oder Sachen (z.B. Verein, Club, Arbeitsgemeinschaft, Genossenschaft oder öffentliche Anstalt, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Stiftung des öffentlichen Rechts)? | |
| 1. Name | Organisationsform |
| | Verband der leitenden Krankenärzte, Landesverband Thüringen |
| 2. Geschäfts- oder Dienstadresse: | Hüfeland Klinikum GmbH Standort Mühlhausen Klinik für Innere Medizin Abteilung für Hämatologie und Onkologie Chefarzt: Dr. med. Frank Lange Langensalzaer Landstraße 1 99974 Mühlhausen Tel.: 03601/41-1265, Fax: 03601/41-2100 |
| 3. Straße, Hausnummer (oder Postfach) | |
| 4. Postleitzahl, Ort | |
| Aben Sie sich als natürliche Person geäußert, oder als Privatperson? | |
| 5. Name | |
| Vorname | |
| <input type="checkbox"/> Geschäfts- oder Dienstadresse <input type="checkbox"/> Wohnadresse <small>(Hinweis: Angaben zur Wohnadresse sind nur erforderlich, wenn keine andere Adresse benannt wird. Die Wohnadresse wird in keinem Fall veröffentlicht.)</small> | |
| 6. Straße, Hausnummer | |
| 7. Postleitzahl, Ort | |

| | |
|---|--|
| 5. Was ist der Schwerpunkt Ihrer inhaltlichen oder beruflichen Tätigkeit? (Frage 5) | |
| ärztliche Tätigkeit in leitender Funktion | |
| Haben Sie Ihren schriftlichen Beitrag die in vorherigen Regelungen insgesamt ange- | |
| <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! (S. Abs. 1 Nr. 4 ThürBetzldokG) | |
| Ziel der Bestimmungsfassung Stellungnahme | |
| 6. Würden Sie vom Landtag gebeten einen schriftlichen Beitrag zum Gesetzgebungsverfahren | |
| anzufertigen? | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ja (Hinweis: weiter mit Frage 6) | |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Wenn Sie die Frage 6 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? (S. Abs. 1 Nr. 4 ThürBetzldokG) | |
| <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! | |
| | |

| | |
|--|--|
| Stimmen Sie einer Veröffentlichung Ihres schriftlichen Beitrags in der Bereitungsansparanzpublikation zu? | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige 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 | Unterschrift |
| Mühlhausen | ab. 1. 10 |

Hirtenfeld Klinikum GmbH
Standort Mühlhausen
Klinik für Innere Medizin
Abteilung für Hämatologie und Onkologie
Chefarzt
Langgörschauer Langgörschauer 1
99874 Mühlhausen
Tel.: 03801/41-1255, Fax: 03801/41-2100