

**Änderungen zum  
Gemeinsamen  
Strukturerhebungsbogen**  
der Landesverbände der Pflegekassen  
**für Kurzzeitpflegeeinrichtungen**

**I. Allgemeine Angaben**

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Änderung zum bestehenden Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI. Die Änderung ist für den **Monat** .....**20**..... vorgesehen.

**A) Angaben zur Einrichtung**

Name der Einrichtung : .....

: .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

Heimleiter/in : .....

verantwortliche Pflegefachkraft : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail: : .....

IK-Kennzeichen : .....

Landkreis/kreisfreie Stadt : .....

**B) Angaben zum Träger**

Träger der Einrichtung : .....

: .....

Rechtsform : .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

Geschäftsführer/in : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail : .....

## **II. Angaben zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Einrichtung**

### **B) Verantwortliche Pflegefachkräfte**

- 1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft (PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gegeben?**

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

- 2. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:**

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

*Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen<sup>1</sup>.*

- 3. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) übt diese Tätigkeit in einem hauptberuflichen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus:**

ja

nein

*Bitte entsprechenden Nachweis beifügen<sup>1</sup>.*

- 4. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) hat ihren unter 2. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:**

ja

nein

*Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen<sup>1</sup>.*

- 5. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:**

ja

nein

*Bitte entsprechenden Nachweis beifügen<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> Sofern die Nachweise in der entsprechenden Form bereits vorliegen, müssen diese nicht nochmals eingereicht werden.

**6. Ist der Einsatz der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft (stv. PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gewährleistet?**

ja

nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

**7. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:**

Gesundheits- und Krankenpfleger/in

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Altenpfleger/in

Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

***Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen<sup>1</sup>.***

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Trägers  
(vertretungsberechtigte Person)