Erhebungsbogen zum Zulassungsantrag Häusliche Krankenpflege

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			
PLZ:		**ORT:**	
TELEFON:		**FAX:**	
HANDY:		**IK:**	
BETRIEBSNUMMER:		**E-MAIL:**	
HOMEPAGE:			

TRÄGER DER			
EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			
PLZ:		**ORT:**	
TELEFON:		**FAX:**	
HANDY:		**E-MAIL:**	
HOMEPAGE			

RECHTSFORM:	☐ Einzelunternehmen ☐ GbR ☐ GmbH ☐ eingetragener Verein
	☐ sonstige:
INHABER:	
GESCHÄFTSFÜHRER:	
GESELLSCHAFTER:	

ich bin/ wir sind Mitglied in dem Pflegedienst -/Träger verband:	

bitte auch Rückseite ausfüllen !

AUFSTELLUNG DES NACH DEM RAHMENVERTRAG VORZUHALTENDEN MINDESTPERSONALS

BERUF: bitte Ziffer eintragen: ① = Krankenschwester./ -pfleger ② = Kinderkrankenschwester / -pfleger
③ = staatl. anerk. Altenpfleger/in

- **PFLEGEDIENSTLEITUNG**

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig: ☐

✓ **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitung**

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	☐	☐
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als PDL	☐	☐
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als PDL	☐	☐
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	☐	☐
Nachweis der Weiterbildung für leitende Funktionen (460 Stunden)	☐	☐

- **STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG**

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig: ☐

✓ **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung**

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	☐	☐
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als stellvertretende PDL	☐	☐
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als stv. PDL	☐	☐
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	☐	☐

- **2. STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG**

(NUR AUSZUFÜLLEN IM FALLE VON JOB-SHARING BEI STELLVERTRETENDER PDL)

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig: ☐

✓ **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung**

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	☐	☐
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als stellvertretende PDL	☐	☐
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als stv. PDL	☐	☐
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	☐	☐

- **WEITERE SOZIALVERSICHERUNGSPFLICHTIGE PFLEGEFACHKRAFT (§ 20 DES RAHMENVERTRAGES)**

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

✓ **Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der weiteren Pflegefachkraft**

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	☐	☐
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn	☐	☐
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn	☐	☐