

Meldebogen für krankenflegerische Tätigkeiten in ambulanten Pflegediensten (Art. 18 GDVG)



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 20
Staatliches Gesundheitsamt
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Posteingang:

Ambulanter Pflegedienst

Name des ambulanten Pflegedienstes	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Internet-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur Person

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname (falls abweichend)	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tätigkeit

Berufsbezeichnung	
<input type="text"/>	
Erlaubnisurkunde erteilt am	Ausstellungsbehörde
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen oder im Original vorzeigen

- Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen

Berufsausübung: selbstständig angestellt ab:

Leitende Pflegekraft: Ja Nein ab:

Falls keine Erlaubnisurkunde über die Berechtigung zum Führen einer Heilberufsbezeichnung vorliegt, sind folgende Unterlagen als beglaubigte Kopie beizufügen oder im Original vorzuzeigen:

- Führungszeugnis: ausgestellt am

Ausstellungsbehörde

- Ärztliches Zeugnis: ausgestellt am

von

- Beschreibung der beruflichen Ausbildung, insbesondere bisherige pflegerische Tätigkeiten (siehe Anlage nächste Seite)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

bitte wenden

Beschreibung der beruflichen Ausbildung für die Meldung einer Pflegekraft

(nur auszufüllen, wenn keine Erlaubnisurkunde vorliegt)

Pflegekraft und Ambulanter Pflegedienst

Nachname	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des ambulanten Pflegedienstes	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ausbildung und Tätigkeit

Berufliche Ausbildung als	
<input type="text"/>	
Dauer der Ausbildung (von - bis)	
<input type="text"/>	
Abschluss als	
<input type="text"/>	
Bisherige berufliche Tätigkeit	
<input type="text"/>	
Name der bisherigen Beschäftigungsstätte	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer der bisherigen Beschäftigungsstätte	PLZ, Ort der bisherigen Beschäftigungsstätte
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls Sie bei obigem Pflegedienst nebenberuflich tätig sind	
Hauptberufliche Tätigkeit	
<input type="text"/>	
bei	
<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Erfahrungen in der Kranken- und Altenpflege vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterung der Erfahrungen	
<input type="text"/>	

Ort, Datum

Unterschrift