

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



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 42
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

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