

Meldebogen für krankenpflegerische Tätigkeiten - ambulanter Pflegedienst - (Art. 18 GDVG)

Landratsamt Hof
 Fachbereich Gesundheitswesen
 Theaterstr. 8
 95028 Hof

Angaben zur Person

| | | | |
|------------------|------------|------------------------------|-----|
| Nachname | | Geburtsname (bei Abweichung) | |
| Vorname | | Geburtsdatum | |
| Straße (Wohnort) | Hausnummer | PLZ | Ort |

Ambulanter Pflegedienst

| | | | |
|------------------------------------|------------|--------------------------------|-----|
| Name des ambulanten Pflegedienstes | | | |
| Straße | Hausnummer | PLZ | Ort |
| Telefon | | Fax | |
| E-Mail | | Internet | |
| ggf. Trägerschaft | | Name der leitenden Pflegekraft | |

Tätigkeit

| | | | |
|--|---------------------|------------|---|
| Berufsbezeichnung | | | |
| Erlaubnisurkunde erteilt am | Ausstellungsbehörde | | |
| Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen oder im Original vorlegen | | | |
| Ausübung der Tätigkeit: | selbstständig | angestellt | ab: <input style="width: 50px;" type="text"/> |
| Leitende Pflegekraft: | ja | nein | ab: <input style="width: 50px;" type="text"/> |

Falls keine Erlaubnisurkunde über die Berechtigung zum Führen einer Heilberufsbezeichnung vorliegt, bitte die Anlage beachten!

| | |
|------------|--------------|
| Datum, Ort | Unterschrift |
|------------|--------------|

Beschreibung der beruflichen Ausbildung für die Meldung einer Pflegekraft

(nur auszufüllen wenn keine Erlaubnisurkunde vorliegt)

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

- **Führungszeugnis** (nicht älter als 3 Monate)

ausgestellt am:

Ausstellungsbehörde:

- **Ärztliches Zeugnis** (nicht älter als 3 Monate)

ausgestellt am:

von:

- **Beschreibung der beruflichen Ausbildung, insbesondere pflegerische Tätigkeiten (siehe unten)**

Pflegekraft

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nachname | | Vorname | |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | | <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| Straße (Wohnort) | Hausnummer | PLZ | Ort |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 50%;" type="text"/> | <input style="width: 50%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Telefon | | Fax | |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | | <input style="width: 90%;" type="text"/> | |

Ausbildung und Tätigkeit

| | | | |
|--|--|--|--|
| Berufliche Ausbildung als | | | |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | | | |
| Dauer der Ausbildung (von – bis) | | | |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | | | |
| Abschluss als | | | |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | | | |
| Bisherige berufliche Tätigkeit | | | |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | | | |
| Bisherige Beschäftigungsstätte: (Name) | | | |
| <input style="width: 98%;" type="text"/> | | | |
| Straße (Beschäftigungsstätte) | Hausnummer | PLZ | Ort |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 50%;" type="text"/> | <input style="width: 50%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |

Sind Erfahrungen in der Kranken- und Altenpflege vorhanden? ja nein

(Erläuterung der Erfahrungen)

| | |
|--|--|
| Datum, Ort | Unterschrift |
| <input style="width: 90%;" type="text"/> | <input style="width: 90%;" type="text"/> |