

## Erhebungsbogen HKP/HH (bei Antragstellung bitte ausfüllen)

<b>NAME DER EINRICHTUNG:</b>			
<b>ANSCHRIFT:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>ORT:</b>	
<b>TELEFON:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>HANDY:</b>		<b>E-MAIL:</b>	
<b>Betriebsnummer:</b>		<b>IK:</b>	

<b>TRÄGER DER EINRICHTUNG:</b>			
<b>ANSCHRIFT:</b>			
<b>PLZ:</b>		<b>ORT:</b>	
<b>TELEFON:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>HANDY:</b>		<b>E-MAIL:</b>	

<b>RECHTSFORM:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> eingetragener Verein <input type="checkbox"/> sonstige:		
<b>INHABER:</b>			
<b>GESCHÄFTSFÜHRER:</b>			
<b>GESELLSCHAFTER:</b>			

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

## 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:

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliches Führungszeugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis der Weiterbildung für leitende Funktionen (460 Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG**

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig:

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliches Führungszeugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als stellvertretende PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als stv. PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• 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:

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliches Führungszeugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als stellvertretende PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als stv. PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis der Berufspraxis (3 Jahre innerhalb der letzten 6 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**• WEITERE FACHKRAFT**

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig:

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliches Führungszeugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn als stellvertretende PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn als stv. PDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>