

für ambulante Pflegedienste

Name des Pflegedienstes:

Anschrift:

Für folgende Bereiche wird ein Vertrag beantragt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- SGB V (Häusliche Krankenpflege)
 SGB XI (Pflegeversicherung)

(Gewünschter) Vertragsbeginn: _____

BITTE BEACHTEN SIE: Die mit * gekennzeichneten Unterlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie einzureichen!

Unterlagen sind beigefügt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
---	----------------	--------------

1. Antrag SGB V / STRUKTURERHEBUNGSBOGEN SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

2. Ergänzende Erklärung zu GVWG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

3. NACHWEIS VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT

Name:....., **Vorname**.....

Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) (<u>nur bei SGB V Antrag</u>) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Urkunde der staatlichen Anerkennung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Arbeitgeber-Zeugnisse der letzten Jahre mit Angaben von Umfang und Art der Beschäftigung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV (entfällt bei eigener Inhaberschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Arbeitsvertrag – die Angaben zum Gehalt können geschwärzt werden (entfällt bei eigener Inhaberschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Zertifikat über die Weiterbildungsmaßnahme für lt. Funktionen/Nachweis Studium*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

4. NACHWEIS STV. VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT

Name:....., **Vorname**.....

Polizeiliches Führungszeugnis *(nicht älter als 3 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) (<u>nur bei SGB V Antrag</u>) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Urkunde der staatlichen Anerkennung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV (entfällt bei eigener Inhaberschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Arbeitsvertrag – die Angaben zum Gehalt können geschwärzt werden (entfällt bei eigener Inhaberschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)

JA (liegt vor)

NEIN (fehlt)

5. NACHWEISE ZU BETRIEBLICHEN VORAUSSETZUNGEN

Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflichtversicherung *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auszug aus dem Gewerbezentralregister für die Betriebsinhaber/ Geschäftsführer bei juristischen Personen (z.B. GmbH) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate) für sämtliche Inhaber / Geschäftsführer *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesellschaftsvertrag (bei juristischen Personen mit Angabe der Gesellschafterliste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag ins Handelsregister bei juristischen Personen * (z.B. UG, GmbH, eingetragener Kaufmann, usw)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutionskennzeichen (IK) zu beantragen bei: Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen Alte Heerstr. 111 53757 Sankt Augustin Tel. +49 30 13001-1340 Internet: www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp		
Die IK Nummer lautet: _____		
Mietvertrag (Lageplan) der Büroräume *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kooperationsvertrag (sofern vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HINWEIS

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Ausführungen der Verbände der Pflegekassen zur Umsetzung der Richtlinien nach § 72 Abs. 3c und § 82c Abs. 4 SGB XI über die DatenClearingStelle (DCS) Pflege auf der Ergänzenden Erklärung.

Ich habe das Informationsschreiben der Richtlinien nach § 72 Abs. 3c und § 82c Abs. 4 SGB XI sowie die Ergänzende Erklärung gelesen und unterzeichnet:

Ein Vertragsabschluss ist erst nach vollständigem Eingang sämtlicher Unterlagen und nur in die Zukunft möglich. Sofern Unterlagen fehlen oder Angaben unvollständig sind, kann dies zur Verzögerung der Zulassung führen.

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI und /oder nach § 132a Absatz 4 SGB V erhoben und verarbeitet.
Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Pflege rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.