

## Anlage 4

zum Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132 a Abs. 1 SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe vom 18.11.2002

- Antrag zum Vertragsabschluss zur Erbringung häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132 und 132 a SGB V**
- Beitritts - Erklärung für verbandszugehörige Pflegedienste**
- Änderungsmitteilung (Nur Veränderungen sind einzutragen!)**

**1. Name und Anschrift des beantragenden Pflegedienstes:**

---

---

---

---

---

**IK-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

**2. Name und Anschrift vom Träger/Inhaber des Pflegedienstes:**

---

---

---

---

---

polizeiliches Führungszeugnis

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

**3. Pflegedienst betreibt weitere Einrichtungen zur Erbringung häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132 und/oder 132 a SGB V:**

Wenn ja, welche?

ja  nein

---

---

**IK-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

**4. Status der Einrichtung:** privat  freigemeinnützig  öffentlich

### 5. Mitglied in einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten:

ja   
nein

Name: \_\_\_\_\_

### 6. Verantwortliche Pflegefachkraft:

Häusliche Krankenpflege wird unter der Anleitung und Verantwortung einer examinierten *Pflegefachkraft* erbracht. Die verantwortliche Pflegefachkraft muss eine mindestens 2-jährige praktische hauptberufliche Tätigkeit in den letzten 5 Jahren als Krankenschwester, Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger und eine abgeschlossene *Zusatzausbildung* zur verantwortlichen *Pflegefachkraft* nachweisen.

*Diese Frist kann bis auf 8 Jahre verlängert werden, sofern wegen einer Ausbildung an einer Fachhochschule oder Hochschule sowie Erziehungsurlaubs die vorgesehene Frist nicht eingehalten werden kann.*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

- Erlaubnis zur Führung der o. g. Berufsbezeichnung
- Nachweis der Berufspraxis
- polizeiliches Führungszeugnis
- PDL-Nachweis

Stellensplitting: ja   
nein

Name: \_\_\_\_\_  
 wöchentliche Arbeitszeit  
der 2. Pflegefachkraft:

\_\_\_\_\_ h

Erforderliche beglaubigte Nachweise sind beizufügen!  Nachweise liegen vor.

### 7. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

- Erlaubnis zur Führung der in Nr. 6 genannten Berufsbezeichnungen
- Nachweis der Berufspraxis
- polizeiliches Führungszeugnis

Stellensplitting: ja   
nein

Name: \_\_\_\_\_  
 wöchentliche Arbeitszeit  
der 2. Pflegefachkraft: \_\_\_\_\_ h

Erforderliche beglaubigte Nachweise sind beizufügen!  Nachweise liegen vor.

**8. Pflegefachkräfte:**

Neben der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung ist ständig mindestens eine weitere Pflegefachkraft (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, Altenpflegerin/-pfleger) zu beschäftigen.

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Erlaubnis zur Führung der  
o. g. Berufsbezeichnung

1.  wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ h

2.  wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ h

Erforderliche beglaubigte Nachweise sind beizufügen!  Nachweise liegen vor.

**9. Haushaltshilfe:**

Haushaltshilfe wird durch geeignete Kräfte gem. § 22 Rahmenvertrag erbracht.

Haus- und Familienpfleger/in

andere geeignete Kraft

**10. Weitere erforderliche Nachweise sind beizufügen:**

Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei zuständigen Behörden  
(Finanzamt, Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt)

Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft

Nachweis über eine ausreichende Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Angaben über die Gesellschafter des Pflegedienstes

Hiermit erkenne(n) ich/wir den mir/uns ausgehändigten Rahmenvertrag gemäß §§ 132, 132 a SGB V, 198, 199 RVO zur Erbringung häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe vom 18.11.2002 an.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkenntnis-/Beitritts-Erklärung nicht schriftlich widerrufe(n).

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des beantragenden Pflegedienstes

Eingangsbestätigung der  
VdAK/AEV-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

per Fax

Hiermit wird der Eingang einer Änderungsmeldung vom

**[Name und Anschrift vom Träger/Inhaber des Pflegedienstes]**

zu folgenden Punkten bestätigt:

- 1. Name und Anschrift des Pflegedienstes
- 2. Name und Anschrift vom Träger/Inhaber des Pflegedienstes:
- 3. Pflegedienst: weitere Einrichtungen
- 4. Status der Einrichtung
- 5. Mitglied in einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten:
- 6. Verantwortliche Pflegefachkraft
- 7. Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
- 8. Pflegefachkräfte
- 9. Haushaltshilfe:
- 10. Weitere erforderliche Nachweise

---

Ort/Datum

---

Unterschrift des VdAK/AEV