

**Strukturerhebungsbogen für
ambulante Pflegeeinrichtungen
(§71 Abs. 1 SGB XI)**

Hinweis:

Dieser Bogen dient ausschließlich der Vorbereitung zum Abschluss eines Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Rheinland-Pfalz.

Alle zulassungsrelevanten Unterlagen können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen rechtsverbindlich unterschrieben in elektronischer Form eingereicht werden. Bitte verwenden Sie hierzu ausschließlich Dateien in pdf-Format mit eindeutigen Dateibezeichnungen.

A. Angaben zum Versorgungsvertrag

- | | | |
|----|-------------------------------------|-------|
| 1. | Name der Einrichtung | _____ |
| | Straße | _____ |
| | Postfach | _____ |
| | PLZ/Ort | _____ |
| | Geschäftsführung / Inhaber:in | _____ |
| | Pflegedienstleitung | _____ |
| | Stellv. Pflegedienstleitung | _____ |
| | Tel.-Nr. / Telefax | _____ |
| | E-Mail-Adresse | _____ |
| | Institutionskennzeichen (IK) | _____ |
| | Landkreis / kreisfreie Stadt | _____ |
| 2. | Träger (Inhaber:in) der Einrichtung | _____ |
| | Rechtsform | _____ |
| | Straße | _____ |
| | Postfach | _____ |
| | PLZ / Ort | _____ |
| | Tel.-Nr. / Telefax | _____ |

Status ☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ privat

Beizufügende Angaben über die Gesellschafter bei der Rechtsform

☐ Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR):

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, der Geschäftsführung, des Unternehmenszweckes

☐ Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH / gGmbH):

Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag in Kopie mit Angabe der Gesellschafter, der Geschäftsführung, des Unternehmenszweckes sowie ein Auszug aus dem Handelsregister des zuständigen Amtsgerichts

☐ eingetragener Verein (e.V.):

Auszug aus der Vereinssatzung in Kopie mit Angabe der Vorstandsmitglieder, der Geschäftsführung, des Vereinszweckes, sowie einen Auszug aus dem Vereinsregister

☐ andere Geschäftsform (z.B. OHG, KG, AG und Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts) – hier gelten die vorstehenden Nachweispflichten entsprechend

3. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern und Pflegediensten im Land

☐ Arbeiterwohlfahrt (AWO)

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)

☐ Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V. (bad)

☐ Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

☐ Deutscher Paritätische Wohlfahrtsverband e.V. (DPVWV)

☐ Deutsches Rotes Kreuz (DRK)

☐ Caritas

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Diakonie

Zuständiger Spitzenverband: _____

☐ Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)

☐ Sonstige: _____

☐ Ohne Verbandszugehörigkeit

Nachweis bitte beifügen (zum Beispiel Mitgliedsbescheinigung)

4. Bitte benennen Sie die Ortschaften / Verbandsgemeinden / Versorgungsgebiete, in denen Sie die Versorgung übernehmen (örtlicher Einzugsbereich)
-

Erläuterung: Der örtliche Einzugsbereich ist, ausgehend vom Betriebssitz, grundsätzlich auf einen Umgebungsradius von 20 km innerhalb von Rheinland-Pfalz beschränkt, um eine orts- und bürgernahe Versorgung zu gewährleisten und unnötig lange Anfahrtswege zu vermeiden.

5. Es ist sichergestellt, dass die Einrichtung ab _____^{*)} organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt wird, indem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind

☐ Ja

☐ Nein

* Bitte Datum des gewünschten Zulassungsbeginns eintragen

6. Der Pflegedienst verfügt über eigene, in sich geschlossene Geschäftsräume

☐ Ja

☐ Nein

Nachweis bitte beifügen (z.B. Auszug aus dem Mietvertrag oder Bestätigung des Vermietenden oder Lageplan bei eigener Immobilie)

B. Vertragsvoraussetzungen

I. Betrieblich

1. Nachweis der Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit beim zuständigen Gesundheitsamt

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

2. Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

3. Eine ausreichende Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden wurde abgeschlossen

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

4. Ein Institutionskennzeichen wurde für den ambulanten Pflegedienst vergeben

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

II. Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 Abs. 3a ff SGB XI

(Bitte wählen Sie ausschließlich eine Variante aus!)

Der Pflegedienst ist:

- ☐ **tarifgebunden** und wendet folgenden Tarif bzw. folgende kirchliche Arbeitsrechtsregelung an:

oder:

nicht tarifgebunden und entlohnt die Beschäftigten in der Pflege und Betreuung:

- ☐ In Anlehnung an einem Tarif bzw. eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung; bitte benennen Sie den Tarif bzw. die AVR: _____

oder:

- ☐ Nach dem regional üblichen Entgeltniveau, welches für Rheinland-Pfalz veröffentlicht wurde.

Bei Anwendung des regional üblichen Entgeltniveaus:

Das durchschnittliche Jahresarbeitnehmer-Brutto für Pflegefachkräfte beträgt zum Zeitpunkt des Zulassungsantrags _____ Euro bei einer Vollzeitstelle mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Stunden. Das Entgelt wird entsprechend der jährlichen Veröffentlichung nach § 82 c Abs. 5 SGB XI angepasst.

Nach Übersendung aller zulassungsrelevanten Unterlagen ist durch den Pflegedienst eine Registrierung auf der Homepage der DatenClearing-Stelle vorzunehmen. Dort ist die Entscheidung für den gewählten Tarif / die tarifliche Entlohnung einzutragen. Nähere Hinweise zur Meldung auf der Homepage der DatenClearing-Stelle finden Sie in den Erläuterungen des Strukturhebungsbogens auf Seite 14.

Änderungen müssen unmittelbar auf der Homepage der DCS gemeldet werden.

III. Personal

1. Bitte machen Sie Angaben zur verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL)

Name, Vorname: _____

Beschäftigtennummer (LBNR) gemäß Beschäftigungsverzeichnis der ambulanten
Pflege _____

Beschäftigungsumfang

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit, wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.

Hinweis: bei einer Teilzeitbeschäftigung bitte Angaben zum Stellensplitting nach Nr. 3

2. Die PDL des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

☐ Krankenschwester / Krankenpfleger

☐ Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger

☐ Altenpflegerin / Altenpfleger

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger / Gesundheits- und Krankenpflegerin

☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung (bitte be-
glaubigte Kopie der Urkunde beifügen)

☐ Sonstige: _____

3. Nur auszufüllen bei einem Stellensplitting, wenn die PDL nicht in Vollzeit tätig ist

Bitte machen Sie Angaben zu der weiteren PDL

Name, Vorname: _____

Beschäftigtennummer (LBNR) gemäß Beschäftigungsverzeichnis der ambulanten
Pflege _____

Beschäftigungsumfang

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit, wöchentliche Arbeitszeit: ____ Std.

Die weitere PDL besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

☐ Krankenschwester / Krankenpfleger

☐ Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger

☐ Altenpflegerin / Altenpfleger

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger / Gesundheits- und Krankenpflegerin

☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

☐ Pflegefachfrau/ Pflegefachmann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung (bitte be-
glaubigte Kopie der Urkunde beifügen)

☐ Sonstige: _____

4. Die PDL hat einen unter B.III.2 genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre
mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja,

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

von _____ bis _____ bei _____

**Nachweis der berufspraktischen Erfahrungszeit in Form von Arbeitgeberbescheinigungen
oder von sonstigen geeigneten Nachweisen, aus denen die ausgeübte Tätigkeit, Dauer
und Umfang der Beschäftigung hervorgeht (z.B. Arbeitszeugnissen)**

5. Die PDL des Pflegedienstes übt ihre Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus

☐ Ja

☐ Nein

6. Die PDL steht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (sofern nicht Inhaber:in)

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen

7. Die PDL ist Eigentümer:in bzw. Gesellschafter:in des Pflegedienstes

☐ Ja

☐ Nein

Schriftliche Erklärung über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang der PDL sowie deren Vertretung

8. Die PDL hat eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenanzahl von 460 Stunden absolviert

☐ Ja

☐ Nein

Nachweise bitte beifügen (Nachweis der Weiterbildung oder des Abschlusses eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität)

9. Die PDL übt diese Tätigkeit ausschließlich in dem ambulanten Dienst aus

☐ Ja

☐ Nein

Wenn nein:

Die Tätigkeit wird gleichzeitig in folgender Einrichtung / Pflegedienst ausgeübt:

Name d. Einrichtung / des Pflegedienstes: _____

Adresse: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____

10. Personelle Besetzung in der Pflege

Zusammensetzung Personal						
Pflege						
	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl	Anzahl	Stellen- umfang	Anzahl	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
PDL						
Stellvertretende PDL						
Altenpfleger:in						
Gesundheits- und Kran- ken- pfleger:in						
Gesundheits- und Kin- derkrankenpfleger:in						
Pflegefachfrau/-mann						
Heilerziehungspfleger:in						
Krankenpflegehelfer:in						
Altenpflegehelfer:in						
Medizinische Fa- changestellte:r						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
BFDler:in						
FSJler:in						
Sonstige						
Betreuung						
Mitarbeitende Betreuung						
Hilfen bei der Haushaltsführung						
hauswirtschaftliche Mitarbeitende						

Berufsurkunden des Mindestpersonals (mind. 3 VZK Pflegefachkräfte) bitte beifügen

C. Leistungsumfang

I. Allgemeine Angaben / Vorstellung des Pflegedienstes

1. Von dem Pflegedienst sollen folgende ambulante Leistungen erbracht werden

- ☐ körperbezogene Pflegemaßnahmen
- ☐ Hilfen bei der Haushaltsführung
- ☐ pflegerische Betreuungsmaßnahmen

2. Der Pflegedienst wird als allgemeiner Pflegedienst geführt
(ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis)

☐ Ja ☐ Nein

3. Der Pflegedienst richtet sich an besondere Personengruppen
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- ☐ nur pflegebedürftige Erwachsene
- ☐ pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- ☐ pflegebedürftige körperbehinderte Menschen
- ☐ Apalliker
- ☐ Intensivpflege / Beatmung
- ☐ Pflegerische Palliativversorgung
- ☐ Sonstige: _____

4. Werden Leistungen in Kooperation mit anderen zugelassenen Einrichtungen erbracht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit welchen?

für welche Leistungen? (Bitte **Kooperationsvertrag** beifügen)

5. Wie wird die Pflegedokumentation beim pflegebedürftigen Menschen geführt?

☐ digital

☐ in Papierform

wenn digital, hat der pflegebedürftige Mensch die Möglichkeit die aktuelle Dokumentation
in Papierform zu erhalten?

☐ Ja

☐ Nein

6. Der Pflegedienst stellt Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen die telefonische Erreichbarkeit sicher und gewährleistet die notwendige Versorgung

☐ Ja

☐ Nein

7. Wird vom Träger der Einrichtung im Einzugsbereich des Pflegedienstes auch eine voll- und / oder teilstationäre Einrichtung betrieben und / oder eine ambulant betreute Wohngemeinschaft angeboten?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja,

☐ Kurzzeitpflege

☐ Tagespflege

☐ Nachtpflege

☐ vollstationäre Pflege

☐ ambulant betreute WG

Bitte um Angabe des Namens, der Anschrift und ggf. des Institutionskennzeichens (IK- entfällt bei ambulant betreuter WG)

II. Investitionskosten und deren öffentliche Förderung

1. Werden Investitionskosten durch die Kommune oder das Land Rheinland-Pfalz bezuschusst?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, in welcher Höhe: _____ €

2. Dem pflegebedürftigen Menschen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet

☐ Ja

☐ Nein

Datenschutz

Das Erheben von Sozialdaten durch in § 35 des Ersten Buches (SGB I) genannte Stellen ist zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für besondere Arten personenbezogener Daten (§ 67 Abs. 12 SGB X). Werden Sozialdaten statt bei Betroffenen bei einer nicht öffentlichen Stelle erhoben, so ist die Stelle auf die Rechtsvorschrift, die zur Auskunft verpflichtet, sonst auf die Freiwilligkeit ihrer Angaben, hinzuweisen (§ 67a Abs. 1, Satz 1 und Abs. 4 SGB X).

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Klarnamen in Druckbuchstaben

Erläuterungen zum gemeinsamen Strukturerhebungsbogen für ambulante Pflegeeinrichtungen

zu A.1.:

Das Institutionskennzeichen (IK) dient nach § 103 SGB XI als offizielles Kennzeichen der Leistungsträger und Leistungserbringer im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke. Sollte Ihre Pflegeeinrichtung noch nicht über ein IK verfügen, so können Sie dieses bei der nachstehenden Adresse beantragen:

Das Online-Antragsformular finden Sie unter: <https://www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp>

ARGE IK (Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen)

Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin

Homepage: <https://www.dguv.de/arge-ik>

Zu B. II:

Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Abs. 3a ff. SGB XI – Hinweise zur Tariffmeldung auf der Homepage der Daten-Clearing-Stelle (DCS)

Aufgrund der Neuzulassung als ambulanter Pflegedienst ist, zur Einhaltung der tariflichen Vergütungspflicht nach § 72 Absätze 3a und 3b SGB XI, neben der Angabe im Strukturerhebungsbogen zur Umsetzung der Tariftreue **zusätzlich** eine Meldung über das Portal der DCS vorzunehmen. Dieses ist über die Seite www.dcs-pflege.de aufzurufen. Da ein neu gegründeter Pflegedienst noch keine Zugangsdaten zu diesem Portal besitzt, ist zunächst eine Registrierung über den Menüpunkt „Registrierung ausschließlich für die Tariffmeldung“ vorzunehmen. Dafür sind Angaben über die Versorgungsart, das Institutionskennzeichen sowie die Postleitzahl vorzunehmen. Eine entsprechende Registrierung kann jedoch erst nach Freigabe durch die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen, welche Sie hierüber gesondert informieren; ab diesem Zeitpunkt kann die Registrierung über das Portal der DCS vorgenommen werden. Sollte eine Registrierung mit diesen Daten dennoch nicht möglich sein, so wenden Sie sich in diesem Fall für die weitere Klärung unverzüglich an die Landesverbände der Pflegekassen.

Nach der erfolgreichen Registrierung und dem daran anknüpfenden Login können Sie über das Portal der DCS die nötigen Angaben zur Einhaltung der tariflichen Vergütungspflicht vornehmen. **Bitte achten Sie darauf, dass die dort getroffene Auswahl der von Ihnen ausgewählten Variante auf dem Strukturerhebungsbogen entspricht.** So wie der Strukturerhebungsbogen unterscheidet auch das Eingabeportal zwischen tarifgebundenen Einrichtungen, nicht tarifgebundenen Einrichtungen welche dennoch eine tarifliche Entgeltstruktur anwenden sowie Einrichtungen, welche das regional üblichen Entgeltniveau für Rheinland-Pfalz anwenden.

zu B.III.10:

In der Tabelle zu Punkt 10 sind die verschiedenen Berufsgruppen und die Anzahl der Mitarbeitenden unterteilt nach dem Beschäftigungsumfang (Vollzeit-, Teilzeit-, geringfügig beschäftigt) aufgeführt. Für die Umrechnung der in Teilzeit beschäftigten Mitarbeitenden in Vollzeitkräfte ist ein Berechnungsbeispiel beigelegt.

Die Umrechnung der Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten in Vollzeitkräfte ergibt sich aus der wöchentlich geleisteten Arbeitszeit.

Berechnungsbeispiel:

Beispielhaft sind in der Liste unter Berufsgruppe der Altenpfleger:innen 4 teilzeitbeschäftigte Mitarbeitende angegeben, die umgerechnet als 2,08 Vollzeitkräfte zählen.

Die Zahl der Vollzeitkräfte kommt wie folgt zustande:

Insgesamt werden 4 Altenpfleger:innen mit unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten beschäftigt. Der / die erste Altenpfleger:in leistet 10 Stunden Arbeitszeit wöchentlich, der / die zweite und dritte Altenpfleger:in 20 Stunden und der / die vierte Altenpfleger:in 30 Stunden.

1. Altenpfleger:in:

10 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 26 % = 0,26 Vollkraft

2. Altenpfleger:in:

20 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 52 % = 0,52 Vollkraft

3. Altenpfleger:in:

20 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 52 % = 0,52 Vollkraft

4. Altenpfleger:in:

30 Std. Beschäftigungszeit x 100 / 38,5 Std. Vollzeit = 78 % = 0,78 Vollkraft

insgesamt: 2,08 Vollkräfte

Einzureichende Unterlagen

- ☐ Ausgefüllter rechtsverbindlich unterschriebener Strukturhebungsbogen
- ☐ Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag (GbR)
- ☐ Auszug aus dem notariell beurkundeten Gesellschaftsvertrag + Auszug aus dem Handelsregister (bei GmbH)
- ☐ Kopie der Vereinssatzung und Auszug aus dem Vereinsregister (bei e.V.)
- ☐ Nachweis über die Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern und Pflegediensten im Land
- ☐ Auszug aus dem Mietvertrag oder Bestätigung des Vermietenden oder Lageplan bei eigener Immobilie
- ☐ Bestätigung des Gesundheitsamtes oder Kopie des Anschreibens in Verbindung mit einem Nachweis über den Zugang des Schreibens z.B. Rückschein
- ☐ Anmeldebestätigung der Berufsgenossenschaft
- ☐ Nachweis der Betriebs- / Berufshaftpflichtversicherung mit Deckungssumme
- ☐ Nachweis des Institutionskennzeichens
- ☐ DCS-Meldung gemäß § 72 Abs. 3a ff. SGB XI

Personalunterlagen (einzureichen für die verantwortliche Pflegefachkraft, deren Vertretung, sowie des Mindestpersonals)

- ☐ beidseits unterschriebene Erklärung aus der Beschäftigungsumfang, Beginn der Beschäftigung und die Stellenbezeichnung hervorgeht
- ☐ Kopie der Anmeldung zur Sozialversicherung
- ☐ Urkunde über die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung (beglaubigte Kopie)

Zusätzliche Unterlagen der verantwortlichen leitenden Pflegefachkraft

- ☐ Nachweis über die Weiterbildungsmaßnahme für leitenden Funktionen (mind. 460 Stunden)
- ☐ Tätigkeitsnachweise für über mind. 2 Jahre innerhalb der letzten 8 Jahre
- ☐ Ggf. schriftliche Erklärung über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang der PDL sowie deren Vertretung (nur bei Eigentümer:in / Gesellschafter:in)

polizeiliches Führungszeugnis gem. § 30 Bundeszentralregistergesetz (BZRG), jeweils nicht älter als drei Monate:

- ☐ für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Stellvertretung
- ☐ für den / die Geschäftsführer:in bzw.
- ☐ bei Einzelkaufleuten und Personengesellschaften für den / die Inhaber:in

B E S C H E I N I G U N G

über die Beschäftigung und den Beschäftigungsumfang
des vorzuhaltenden Mindestpersonals

Name und Anschrift des Pflegedienstes:

.....
.....
.....

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr
.....(Name, Vorname)
mit der Beschäftigtennummer ab dem(Datum)
in unserem ambulanten Pflegedienst am Beschäftigungsort
als(Berufsbezeichnung sowie ggf. Funktion)
mit einem Umfang von Wochenstunden beschäftigt ist.

Darüber hinaus bestätigen wir, dass der / die Mitarbeitende gemäß den Vorgaben der tariflichen Entlohnung nach dem folgenden Tarif / folgenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelung oder nach den regional üblichen Entgelt-niveaus entlohnt wird:

.....

(Tarif / kirchliche Arbeitsrechtsregelung oder regional übliches Entgelt-niveau)

Der Arbeitsvertrag enthält keine Nebenabreden, die den Vorgaben des Rahmenvertrags § 75 Absatz 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung in Rheinland-Pfalz entgegenstehen.

Änderungen zum Beschäftigungsverhältnis sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben.

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift des
Pflegedienstes

.....

Arbeitnehmer:in