

# Erhebungsbogen HKP

<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:  = Krankenschwester./ -pfleger     = Kinderkrankenschwester / -pfleger  
 = staatl. anerk. Altenpfleger/in

<input type="checkbox"/> <b>PFLEGEDIENSTLEITUNG</b>				
Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig:

### Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitung

	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 8 Jahre, Davon min. 1 Jahr im ambulanten Bereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis der Weiterbildung für leitende Funktionen (460 Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG</b>				
Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig:

### Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung

	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 8 Jahre davon min. 1 Jahr im ambulanten Bereich)	<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:

### Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung

	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 8 Jahre davon min. 1 Jahr im ambulanten Bereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <b>3. SV-PFLICHTIGE PFLEGEFACHKRAFT</b>				
Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wö. Arb.Zeit

ODER: selbständig freiberuflich tätig:

### Nachweis der beruflichen Voraussetzungen der stellvertretenden Pflegedienstleitung

	liegt bereits vor	liegt anbei
beglaubigte Kopie der Berufsurkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsvertrag ab Beschäftigungsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsnachweis ab Beschäftigungsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Organisatorische Voraussetzungen

Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden:

- Meldung beim Gesundheitsamt

- Meldung beim Finanzamt

Polizeiliches Führungszeugnis des/der Inhaber/Leiter des Pflegedienstes

Meldung bei der zuständigen Berufsgenossenschaft

Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflichtversicherung für

Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die

aktuelle Betriebsgröße angepasst wird

Angaben zur Rechtsform (Auszug aus dem jeweiligen Register

(Handelsregister, Vereinsatzung)

ggf. Gesellschaftsvertrag