

**Nachweis über eingesetztes Personal**

**Angaben zum Pflegedienstleiter/in und stellv. Pflegedienstleiter/in**

**Datum:** .....

Bezeichnung/Anschrift: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Tel.: .....  
 Fax: .....  
 Internet-Adresse: .....

Institutionskennzeichen: .....  
 Träger: .....  
 .....  
 Geschäftsführer/in: .....  
 Mitglied in Trägervereinigung / Berufsverband:  ja /  nein  
 .....  
 .....

**Pflegedienstleitung**

	Name	Vorname	- berufliche Qalifikation - Berufstätigkeit innerhalb der letzten 5 Jahre gem. RV § 6 von / bis und wo	Abschluß einer Weiterbildungs- maßnahme im Umfang von mindestens 460 Std. / bzw. Abschluß eines Pflege- management – wann / Zertifikat	Pflege Tätigkeit als	Vollzeit *	Sozialver- sicherungs- pflichtig	Unterschrift	Kürzel
<b><u>PDL</u></b>					o Angestellter o Eigentümer o Gesellschafter		o ja o nein		
<b><u>stellv. PDL</u></b>					o Angestellter o Eigentümer o Gesellschafter		o ja o nein		

\* Angabe entsprechend § 6 b) des RV

**Nachweis über eingesetztes Personal**

**Angaben zum Personal des Pflegedienstes**

Lfd. Nr.:	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Arbeitsvertrag liegt vor <sup>*1)</sup>		Beschäftigt seit:	Vollzeit (V)/ Teilzeit (T) <sup>*2)</sup>  Geringfügig(G)	Sozialver- sicherungs- pflichtig <sup>*3)</sup>		eingesetzt für Leistungen <sup>*4)</sup>		Unterschrift	Kürzel
			Ja	nein			ja	nein	SGB V	SGB XI		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
					Zwischen- summe:							

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Träger \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel / Pflegedienst \_\_\_\_\_

**Nachweis über eingesetztes Personal**

**Angaben zum Personal des Pflegedienstes**

Lfd. Nr.:	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Arbeitsvertrag liegt vor <sup>*1)</sup>		Beschäftigt seit:	Vollzeit(V) / Teilzeit (T) <sup>*2)</sup> Geringfügig(G)	Sozialversicherungs-Pflichtig <sup>*3)</sup>		eingesetzt für Leistungen <sup>*4)</sup>		Unterschrift	Kürzel
			ja	nein			Ja	nein	SGB V	SGB XI		
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
<b>Endsumme:</b>												

\*1) bitte zutreffendes ankreuzen  
 \*2) bei Teilzeit regelmäßige Wochenarbeitszeit angeben  
 \*3) bitte ankreuzen  
 \*4) bitte ankreuzen für welche Leistungen die Pflegekräfte eingesetzt werden

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Träger

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift, Stempel / Pflegedienst