

Senden Sie den Antrag mit den Nachweisen aus der beigefügten Checkliste gemeinsam, vollständig und digital per PDF-Datei an die folgende E-Mailadresse:

AmbPflegeHES_Zulassung@vdek.com

Bitte geben Sie im Betreff Ihrer E-Mail stets Ihren Landkreis und Ihre IK Nummer an.

Teilstrukturerhebungsbogen

für **ambulante** Pflegeeinrichtungen

Anzeige vom Wechsel der verantwortlichen und stellvertretenden leitenden Pflegefachkraft

Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : _____
Straße : _____
PLZ/Ort : _____
Tel.-Nr./Telefax : _____
E- Mail- Adresse / Homepage : _____
IK - Kennzeichen : _____
Landkreis/kreisfreie Stadt : _____

Anzeige vom Wechsel der verantwortlichen und/oder stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft

Der Wechsel wird angezeigt für:

Verantwortliche Pflegefachkraft (Bitte machen Sie die entsprechenden Angaben unter Buchstabe A.)

Die bisherige verantwortliche Pflegefachkraft,

Name, Vorname

hat diese Funktion bis zum (Datum) ausgeübt.

Stellvertretende Pflegefachkraft (Bitte machen Sie die entsprechenden Angaben unter Buchstabe B.)

Die bisherige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft,

Name, Vorname

hat diese Funktion bis zum (Datum) ausgeübt.

A verantwortliche Pflegefachkraft

1. Die Tätigkeit als verantwortliche Pflegefachkraft wird ausgeübt von

Name, Vorname

1a. Die Tätigkeit wird von der unter Punkt 1 genannten Person ab folgendem Zeitpunkt übernommen:

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Krankenschwester/Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
- Altenpflegerin/Altenpfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger

Die verantwortliche Pflegefachkraft ist in unserer Pflegeeinrichtung in Vollzeit beschäftigt.

ja, seit dem (Datum) _____ nein

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin der Pflegeeinrichtung

ja nein

4. Eine zweijährige hauptberufliche praktische Tätigkeit innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung in Vollzeit (38,5 Wochenstunden)* in einem Krankenhaus oder einer zugelassenen Pflegeeinrichtung wird nachfolgend aufgeführt

*** Teilzeitbeschäftigungen können entsprechend Ihres Umfanges (Stundenanteil) angerechnet werden**

vom – bis:	Arbeitgeber:	beschäftigt als:	wöchentliche Arbeitszeit in Stunden
.....
.....
.....
.....
.....

Die entsprechenden Arbeitgeber-Zeugnisse sind beizufügen.

5. Die Rahmenfrist von 5 Jahren verlängert sich um Zeiten in denen die unter Punkt 1 genannte Pflegefachkraft aus nachfolgend genannten Gründen nicht oder nur eingeschränkt in ihrem Beruf tätig war (zutreffendes bitte ankreuzen)

wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war
von _____ bis _____

als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Std. wöchentlich gepflegt hat
von _____ bis _____

an einem betriebswirtschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.
von _____ bis _____

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall 8 Jahre überschreiten.

5a. Die praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf wurde innerhalb der verlängerten Rahmenfrist in folgender Einrichtung/folgenden Einrichtungen erworben:

vom – bis:	Arbeitgeber:	beschäftigt als:	wöchentliche Arbeitszeit in Stunden
.....
.....
.....
.....
.....

Die entsprechenden Arbeitgeber-Zeugnisse sind beizufügen.

6. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass der Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Diese Maßnahme umfasst insbesondere folgende Inhalte:

- Managementkompetenz (Personalführung, Betriebsorganisation, betriebswirtschaftliche Grundlagen, Rechtsgrundlagen, gesundheits- und sozialpolitische Grundlagen)
- psychosoziale und kommunikative Kompetenz
- die Aktualisierung der pflegefachlichen Kompetenz (Pflegewissen, Pflegeorganisation).
- Von der Gesamtstundenzahl sollen mindestens 20% oder 150 Stunden in Präsenzphasen vermittelt worden sein.

- Die Voraussetzung ist auch durch den Abschluss eines betriebswirtschaftlichen, pflegewissenschaftlichen oder sozialwissenschaftlichen Studiums an einer Fachhochschule oder Universität erfüllt.

Eine den oben genannten Inhalten entsprechende Weiterbildungsmaßnahme bzw. der Abschluss eines entsprechenden Studiums liegt vor:

- ja nein

7. Die verantwortliche Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege ist gleichzeitig auch für eine weitere ambulante/stationäre Pflegeeinrichtung zuständig?

- ja nein

B stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

1. Die Tätigkeit als stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft wird ausgeübt von

Name, Vorname

- 1a. Die Tätigkeit wird von der unter Punkt 1 genannten Person ab folgendem
Zeitpunkt übernommen:

2. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft der Einrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Krankenschwester/Krankenpfleger
 Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
 Altenpflegerin/Altenpfleger
 Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheitspfleger

3. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist in unserer Pflegeeinrichtung in Vollzeit beschäftigt.

- ja, seit dem (Datum) _____
 nein, Anzahl der Wochenarbeitsstunden _____ *

**siehe Vertrag häusliche Krankenpflege: Ist die stellvertretende Pflegefachkraft nicht Vollzeitbeschäftigt, so ist eine weitere Pflegefachkraft vorzuhalten und unter Buchstabe C zu benennen.*

4. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft ist Eigentümerin oder Gesellschafterin der Pflegeeinrichtung

- ja nein

5. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege ist gleichzeitig auch für die stationäre Pflegeeinrichtung zuständig?

- ja nein

Folgende Unterlagen sind entsprechend der Anzeige Wechsel verantwortliche und/oder stellvertretende Pflegefachkraft im beizufügen:

**Senden Sie den Antrag mit den genannten Nachweisen gemeinsam, vollständig und digital per PDF-Datei an die folgende E-Mailadresse:
AmbPfleger-HES_Zulassung@vdek.com**

- **Urkunde der staatlichen Anerkennung**
- **Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)**
- **Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt reicht aus)**
- **Nachweis über den Abschluss einer abgeschlossenen Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen (nur von der leitenden Pflegefachkraft notwendig)**
- **Arbeitgeber-Zeugnisse der letzten Jahre mit Angabe von Umfang und Art der Beschäftigung (nur von der leitenden Pflegefachkraft notwendig)**
- **Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV (entfällt bei eigener Inhaberschaft)**
- **Arbeitsvertrag – die Angaben zum Gehalt können geschwärzt werden (entfällt bei eigener Inhaberschaft)**

C Personelle Besetzung des Pflegedienstes

Es sind sämtliche Mitarbeiter z. B. auch Verwaltungskräfte und Aushilfen zu benennen (Mitarbeiterliste mit den nachstehenden Inhalten kann beigelegt werden)

personelle Mindestausstattung: verantwortliche Pflegefachkraft, stellvertretende Pflegefachkraft und zwei weitere Mitarbeiter.

Name Mitarbeiter/in	Tätigkeit im Pflegedienst/berufliche Qualifikation	Sozialversicherungspflichtig angestellt (Krankenkasse)/ Aushilfe/ wö. Arbeitszeit etc.	Beginn der Tätigkeit	Handzeichen
<u>verantwortl. Pflegefachkraft:</u>				
<u>stellvertr. Pflegefachkraft:</u>				
<u>weitere Pflegefachkraft, falls Stellvertreter. Pflegefachkraft nicht in Vollzeit beschäftigt:</u>				
<u>weitere Mitarbeiter:</u>				

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtung

Bestätigung durch die verantwortlichen Pflegefachkräfte

Name der Einrichtung* : _____

Straße* : _____

PLZ/Ort* : _____

Verantwortliche Pflegefachkraft* : _____

Stellvertr. verantwortliche Pflegefachkraft* : _____

(*Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben)

Hiermit bestätigen wir, dass uns die Inhalte sowie die Verbindlichkeit der für die o. g. Pflegeeinrichtung gültigen Verträge gemäß § 72 SGB XI und/oder § 132a Abs. 2 SGB V (insbesondere die für unsere Tätigkeit maßgeblichen Vorschriften) bekannt sind.

**Datum und Unterschrift verantwortliche
Pflegefachkraft**

**Datum und Unterschrift stellvertretende
verantwortliche Pflegefachkraft**

Unterlagen

Bitte senden Sie den Antrag digital per PDF-Datei an die folgende E-Mailadresse:

AmbPflegeHES_Zulassung@vdek.com

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.