

CHECKLISTE Anerkennungsverfahren Beratungsstelle nach §37 Abs. 7 SGB

(Bitte zusammen mit den Unterlagen einreichen)

(Gewünschter) Vertragsbeginn: _____

BITTE BEACHTEN SIE: Die mit * gekennzeichneten Unterlagen sind im Original oder als beglaubigte Kopie einzureichen!

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
---	----------------	--------------

1. Erhebungsbogen zur Beratungsstelle nach §37 Abs. 7 SGB XI *
(ausgefüllt und unterschrieben)

☐☐

2. Persönliches Konzept *

(Mindestanforderungen siehe Anlage) orientiert an den Empfehlungen zur Qualitätssicherung und der hessischen Leistungsbeschreibung

☐☐

4. Verträge mit Kooperationspartner (für alle Partner unter Punkt 4. aus dem Erhebungsbogen)

☐☐

5. Nachweis Qualifikation (für alle Pflegefachkräfte aus der Auflistung der Personalvorhaltung Erhebungsbogen)

Name:....., **Vorname:**.....

Urkunde der staatlichen Anerkennung *

☐☐

Lebenslauf

☐☐

Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate)

☐☐

Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) *

☐☐

Zertifikate über Weiterbildungsmaßnahmen

☐☐

Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV *

☐☐

Verwendung des einheitlichen Formulars zur Dokumentation *
(Bestätigungsformular anbei)

☐☐

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
---	----------------	--------------

Name:....., **Vorname:**.....

Urkunde der staatlichen Anerkennung *	☐	☐
Lebenslauf	☐	☐
Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate)	☐	☐
Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) *	☐	☐
Zertifikate über Weiterbildungsmaßnahmen	☐	☐
Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV *	☐	☐
Verwendung des einheitlichen Formulars zur Dokumentation * (Bestätigungsformular anbei) (Bestätigungsformular anbei)	☐	☐

Name:....., **Vorname:**.....

Urkunde der staatlichen Anerkennung *	☐	☐
Lebenslauf	☐	☐
Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate)	☐	☐
Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) *	☐	☐
Zertifikate über Weiterbildungsmaßnahmen	☐	☐
Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV *	☐	☐
Verwendung des einheitlichen Formulars zur Dokumentation * (Bestätigungsformular anbei) (Bestätigungsformular anbei)	☐	☐

Name:....., **Vorname:**.....

Urkunde der staatlichen Anerkennung *	☐	☐
Lebenslauf	☐	☐
Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate)	☐	☐
Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) *	☐	☐
Zertifikate über Weiterbildungsmaßnahmen	☐	☐
Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV *	☐	☐
Verwendung des einheitlichen Formulars zur Dokumentation * (Bestätigungsformular anbei) (Bestätigungsformular anbei)	☐	☐

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
---	----------------	--------------

5. weitere Unterlagen

Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)
für sämtliche Inhaber/ Geschäftsführer * (sofern nicht Pflegefachkraft siehe oben) ☐ ☐

Nachweis einer Berufshaftpflicht ☐ ☐

Auszug aus dem Gewerbezentralregister * (nicht älter als 3 Monate) ☐ ☐

Institutionskennzeichen (IK)
zu beantragen bei:
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstr. 111
53757 Sankt Augustin
Tel. +49 30 13001-1340
Internet: www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp

Die IK Nummer lautet: _____
(kann auch nach Anerkennung nachgereicht werden)

HINWEIS

JA NEIN

Ich habe die Empfehlungen nach §37 Absatz 5 SGB XI zur
Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach §37 Absatz 3 SGB XI
gelesen und versichere die hierin beschriebenen
Anforderungen umzusetzen ☐ ☐

Ein Vertragsabschluss ist erst nach vollständigem Eingang sämtlicher Unterlagen und nur in die Zukunft möglich. Sofern Unterlagen fehlen oder Angaben unvollständig sind, kann dies zur Verzögerung der Zulassung führen.