

Meldeblatt
Erklärung zur Anzeigepflicht für vorbehaltenen Tätigkeiten
in der Pflege gem. Artikel 16 Gesundheitsdienstgesetz (GDG)

An das Landratsamt Altötting Gesundheitsamt Stichwort „Pflegedienste“ Vinzenz-von-Paul-Str. 8 84503 Altötting	<input type="checkbox"/> freiberufliche Pflegefachkraft (bitte Teil A ausfüllen) <input type="checkbox"/> ambulanten Pflegedienst (bitte Teil B ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Neubeginn <input type="checkbox"/> Beendigung <input type="checkbox"/> Änderung

Teil A - freiberufliche Pflegefachkraft

Vorname	Nachname
Geburtsname	Geburtsdatum/-ort
Straße, Hs. Nr.	PLZ Ort
Telefon (Festnetz/Mobil)	E-Mail-Adresse
Berufsbezeichnung	Die Erlaubnisurkunde ist im Original <u>oder</u> in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen
	Datum des Beginns der freiberuflichen Tätigkeit:

Falls Sie keine Erlaubnisurkunde über die Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung vorlegen, sind folgende Unterlagen im Original einzureichen:

- amtl. Führungszeugnis der Belegart „0“ (nicht älter als 3 Monate)
- ärztl. Attest zur Eignung der Berufsausübung (nicht älter als 3 Monate)
- Beschreibung der beruflichen Ausbildung und der Art der pflegerischen Tätigkeiten (s. Anlage 1)

Ich versichere, dass ich die pflegerischen Tätigkeiten selbst durchführe

Beendigungsdatum

Änderungsmitteilung

Teil B - ambulanten Pflegedienst

Firmenbezeichnung	
Straße, Hs. Nr.	PLZ Ort
Telefon	E-Mail-Adresse
Telefax	Webadresse
Name u. Anschrift der Geschäftsführung	
Datum der Betriebs <u>aufnahme</u>	

zu Teil B - Leitende Pflegefachkraft	
Vorname	Nachname
Geburtsname	Geburtsdatum/-ort
Straße, Hs.Nr.	PLZ Ort
Berufsbezeichnung	

Betriebsaufgabe
Datum der Betriebsaufgabe:

Mitteilung sonstiger Änderungen
<i>Nachfolgende Änderungen (z. B. Umzug, Änderung der Firmenbezeichnung etc.) teilen wir mit:</i>

Angaben zum Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI (bei Neuanmeldung zwingend anzugeben)
<input type="checkbox"/> Die Pflegeeinrichtung verfügt über einen Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI <i>(Bitte senden Sie uns die Kopie Ihres Versorgungsvertrages - bevorzugt per E-Mail)</i>

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift