

MELDEBOGEN

Die Daten werden aufgrund § 115 Abs. 6 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 1. Dezember 2020 (GV. NRW. S. 1109) geändert worden ist, erhoben.

Errichtungsausschuss der
 Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
 Zeppenheimer Weg 16
 40489 Düsseldorf

Die grün gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Vergleichen Sie Ihre Daten bitte mit dem beigefügten Datenblatt und übertragen Sie die Änderungen in dieses Formular.

Bitte leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. Die Daten werden elektronisch gespeichert.



ID:

Vorname:

Nachname:

<input type="checkbox"/> Erstmeldung	<input type="checkbox"/> Veränderungsmeldung	Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> keine Angabe
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers	Titel	<input type="text"/>		
Nachname	<input type="text"/>				
Vorname(n)	<input type="text"/>				
Geburtsname	<input type="text"/>				
ggf. frühere Namen	<input type="text"/>				
Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Geburtsort	<input type="text"/>		

Privatadresse (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl, Wohnort	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse privat	<input type="text"/>
Telefon privat	<input type="text"/>

Selbständigkeit; Arbeitgeber und Adressen

<input type="checkbox"/> Ich bin selbständig Bitte als Hauptarbeitgeber eintragen	<input type="checkbox"/> Ich bin bei einem Arbeitgeber beschäftigt <input type="checkbox"/> Ich habe zusätzlich einen Nebenarbeitgeber	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Arbeitgeber (Rentner, Rentnerin oder erwerbslos)
--	---	--

Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung, Abt.	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer dienstlich	<input type="text"/>
Postleitzahl, Dienstort	<input type="text"/>
Ihre E-mail-Adresse dienstlich	<input type="text"/>



Nebenarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)



Name der Einrichtung, Abt.	
Strasse, Hausnummer dienstlich	
Postleitzahl, Dienstort	
Ihre E-mail-Adresse dienstlich	

Angaben zur Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

WICHTIG:

Fügen Sie einen amtlich beglaubigten Nachweis bei.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester, -pfleger | <input type="checkbox"/> Krankenschwester, -pfleger |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, -pfleger | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegerin, -pfleger |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegerin, -pfleger | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau, -fachmann |

Tätigkeitsbereich

In meiner beruflichen Tätigkeit arbeite ich oder habe ich **überwiegend** im folgenden Tätigkeitsbereich gearbeitet:

WICHTIG:

Bitte kreuzen Sie nur eine Zuordnung an.

Wenn Sie in mehreren Tätigkeitsbereichen zu gleichen Teilen arbeiten, kreuzen Sie bitte nur einen dieser Bereiche nach Ihrer Wahl an.

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Einrichtungen zur Pflege von Kindern und Jugendlichen , zum Beispiel Kinderkliniken, Betreuungseinrichtungen, Kinderhospize oder häusliche Kinderkrankenpflege | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> (teil-)stationär |
| Einrichtungen zur Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Akutversorgung , zum Beispiel Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser (z.B. Psychiatrie), Hospize oder Vorsorge und -Rehabilitationseinrichtungen | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> (teil-)stationär |
| Einrichtungen der Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Langzeitversorgung , zum Beispiel Pflege von Menschen mit Behinderungen, Eingliederungshilfen oder Wohngemeinschaften | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> (teil-)stationär |
| Einrichtungen der Pflege von älteren und alten Menschen im Rahmen der Langzeitversorgung , zum Beispiel Seniorenheime, ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste oder betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> (teil-)stationär |
| Andere , z.B. Bildung, Forschung oder Behörden | <input type="checkbox"/> | |

Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen der Pflichtangaben in diesem Meldebogen innerhalb von einem Monat der Pflegekammer schriftlich mitzuteilen habe. Ich habe eine amtlich beglaubigte Kopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde) beigefügt bzw. reiche diese nach.

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.



Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift (Pflichtfeld!)

Datenschutzrechtliche Einwilligung (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an) *

Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für den Bezug des Mitteilungsblattes bzw. des digitalen Newsletters der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen weitergegeben werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen der Pflegekammer zu Bildungsveranstaltungen weitergegeben werden dürfen.

Ja Nein

Ich möchte den Newsletter der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen erhalten.

Ja Nein

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

