

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
 Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
 Alte Landstraße 104
 40489 Düsseldorf

Die grün und mit Sternchen 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:

Erstmeldung
 Veränderungsmeldung
 Anrede Herr Frau keine Angabe

Geschlecht* Männlich Weiblich Divers
 Titel

Nachname*

Vorname(n)*

Geburtsname*

ggf. frühere Namen*

Geburtsdatum* ..
 Geburtsort

Privatadresse (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Strasse, Hausnummer*

Postleitzahl, Wohnort*

E-Mail-Adresse privat

Telefon privat

Selbstständigkeit; Arbeitgeber und Adressen

Ich bin selbstständig
 Ich bin bei einem Arbeitgeber beschäftigt
 Ich habe keinen Arbeitgeber
 Bitte als Hauptarbeitgeber eintragen
 Ich habe zusätzlich einen Nebenarbeitgeber
 (Rentner, Rentnerin oder erwerbslos)

Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung*

Strasse, Hausnummer dienstlich*

Postleitzahl, Ort*

Dienstort, falls abweichend vom Ort des Hauptarbeitgebers*

Ihre E-Mail-Adresse dienstlich





Nebenarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung*

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.

- Kinderkrankenschwester, -pfleger
- Krankenschwester, -pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, -pfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerin, -pfleger
- Altenpflegerin, -pfleger
- 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 ambulant (teil-)stationär
- Einrichtungen zur **Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Akutversorgung**, zum Beispiel Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser (z.B. Psychiatrie), Hospize oder Vorsorge und -Rehabilitationseinrichtungen ambulant (teil-)stationär
- Einrichtungen der **Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Langzeitversorgung**, zum Beispiel Pflege von Menschen mit Behinderungen, Eingliederungshilfen oder Wohngemeinschaften ambulant (teil-)stationär
- Einrichtungen der **Pflege von älteren und alten Menschen im Rahmen der Langzeitversorgung**, zum Beispiel Seniorenheime, ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste oder betreutes Wohnen ambulant (teil-)stationär
- Andere**, z.B. Bildung, Forschung oder Behörden

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. Mir ist bewusst, dass ich der Verarbeitung meiner freiwillig angegebenen Informationen jederzeit an datenschutz@pflegekammer-nrw.de mit Wirkung für die Zukunft widersprechen kann.

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

Ort, Datum



eigenhändige Unterschrift (Pflichtfeld!)

Schnell und exklusiv informiert sein aus erster Hand.

Kammer-Newsletter abonnieren, postalischen Versand des Magazins und Einladungen zu Bildungsveranstaltungen auf: www.pflegekammer-nrw.de

