

MELDEBOGEN

Die Daten werden aufgrund § 5 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), das zuletzt durch Gesetz vom 25. März 2022 (GV. NRW. S. 417) geändert worden ist, erhoben.

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen
Alte Landstraße 104
40489 Düsseldorf


**Hier geht's zum
Mitglieder-Portal**



Die grün und mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

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



Mitgliedsnummer:

Vorname:

Nachname:

<input type="checkbox"/> Erstmeldung	<input type="checkbox"/> Veränderungsmeldung zum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	Akademische(r) Grad(e)*	<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"/>
Geburtsland*	<input type="text"/>				
Jetzige Staatsangehörigkeit(en)*	<input type="text"/>				
Frühere Staatsangehörigkeit*	<input type="text"/>				

Privatadresse (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

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

Selbständigkeit; Arbeitgeber und Adressen*

<input type="checkbox"/> Ich bin selbständig Bitte als Hauptarbeitgeber eintragen	<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass nach § 30 Nr. 4 Heilberufsgesetz eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht (nur bei Selbstständigkeit notwendig)
<input type="checkbox"/> Ich bin bei einem Arbeitgeber beschäftigt	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen Arbeitgeber (Rentner, Rentnerin oder erwerbslos) seit
<input type="checkbox"/> Ich habe zusätzlich einen Nebenarbeitgeber	<input type="text"/>



Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung*

Strasse, Hausnummer dienstlich*

Postleitzahl, Ort*

Ort der Berufsausübung, falls abweichend vom Ort des Hauptarbeitgebers*

Beschäftigungsbeginn Hauptarbeitgeber



Nebenarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung*

Strasse, Hausnummer dienstlich*

Postleitzahl, Dienstort*

Beschäftigungsbeginn Nebenarbeitgeber

Angaben zur Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung*

Berufszulassung ist über ein grundständiges Pflegestudium erfolgt

WICHTIG:

Fügen Sie einen Nachweis bei.

Ausstellungsdatum

Kinderkrankenschwester, -pfleger

Krankenschwester, -pfleger

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, -pfleger

Gesundheits- und Krankenpflegerin, -pfleger

Altenpflegerin, -pfleger

Pflegefachfrau, -fachmann

Vertiefungseinsatz gem § 7 Absatz 4 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes

Stationäre Akutpflege

Stationäre Langzeitpflege

Ambulante Akut-/Langzeitpflege

Ambulante Akut-/ Langzeitpflege mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege

Pädiatrische Versorgung

Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung

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 Kopie der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (Berufsurkunde) beigelegt 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.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben (vgl. § 26 VwVfG NRW).



Ort, Datum*

eigenhändige Unterschrift (Pflichtfeld!)