

## Anlage 1 zu § 3 Absatz 2

# MELDEBOGEN

für den



Errichtungsausschuss der  
Pflegekammer Nordrhein-Westfalen  
Zeppenheimer Weg 16  
40489 Düsseldorf

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.

**Die grün hinterlegten Felder sind Pflichtangaben und somit immer auszufüllen.**

Die weiß hinterlegten Felder erheben freiwillige Angaben.

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

| Erstmeldung <input type="checkbox"/>                           |                                                                                                     | Veränderungsmeldung <input type="checkbox"/>         |  |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
| Anrede                                                         | Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Keine Angabe <input type="checkbox"/>   | Titel                                                |  |
| Name                                                           |                                                                                                     |                                                      |  |
| Vorname(n)                                                     |                                                                                                     |                                                      |  |
| Geburtsname                                                    |                                                                                                     | gegebenenfalls<br>frühere Namen                      |  |
| Geburtsdatum                                                   |                                                                                                     | Geburtsort                                           |  |
| Geschlecht                                                     | Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> |                                                      |  |
| <b>Selbständigkeit; Arbeitgeber und Adressen</b>               |                                                                                                     |                                                      |  |
| Ich bin selbstständig <input type="checkbox"/>                 | Ich bin bei einem Arbeitgeber beschäftigt <input type="checkbox"/>                                  | Ich habe keinen Arbeitgeber <input type="checkbox"/> |  |
| Bitte als Hauptarbeitgeber<br>eintragen                        | Ich habe zusätzlich einen Nebenarbeitgeber <input type="checkbox"/>                                 | (Rentnerin, Rentner oder erwerbslos)                 |  |
| <b>Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)</b> |                                                                                                     |                                                      |  |
| Name der Einrichtung,<br>Abteilung                             |                                                                                                     |                                                      |  |
| Straße, Hausnummer<br>dienstlich                               |                                                                                                     |                                                      |  |
| Postleitzahl, Dienstort                                        |                                                                                                     |                                                      |  |
| Persönliche E-Mail-<br>Adresse dienstlich                      |                                                                                                     |                                                      |  |
| <b>Nebenarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)</b> |                                                                                                     |                                                      |  |
| Name der Einrichtung,<br>Abteilung                             |                                                                                                     |                                                      |  |
| Straße, Hausnummer<br>dienstlich                               |                                                                                                     |                                                      |  |
| Postleitzahl, Dienstort                                        |                                                                                                     |                                                      |  |
| Persönliche E-Mail-<br>Adresse dienstlich                      |                                                                                                     |                                                      |  |

| Privatadresse (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen) |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Straße, Hausnummer, privat                           |  |
| Postleitzahl, Wohnort                                |  |
| E-Mail-Adresse privat                                |  |
| Telefon privat                                       |  |

| Angaben zur Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>WICHTIG:</b><br><b>Fügen Sie einen amtlich beglaubigten Nachweis bei.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kinderkrankenschwester, -pfleger <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                | Krankenschwester, -pfleger <input type="checkbox"/>                  |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, -pfleger <input type="checkbox"/>                                                                                                                               | Gesundheits- und Krankenschwester, -pfleger <input type="checkbox"/> |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Altenpflegerin, -pfleger <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        | Pflegefachfrau, -fachmann <input type="checkbox"/>                   |                                           |
| Tätigkeitsbereich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                           |
| In meiner beruflichen Tätigkeit arbeite ich oder habe ich <b>überwiegend</b> im folgenden Tätigkeitsbereich gearbeitet:<br><br><b>WICHTIG:</b><br><b>Bitte kreuzen Sie nur eine Zuordnung an.</b><br><br>Wenn Sie in mehreren Tätigkeitsbereichen zu <b>gleichen Teilen</b> arbeiten, kreuzen Sie bitte <b>nur einen</b> dieser Bereiche nach Ihrer | Einrichtungen zur <b>Pflege von Kindern und Jugendlichen</b> , zum Beispiel Kinderkliniken, Betreuungseinrichtungen, Kinderhospize oder häusliche Kinderkrankenpflege                                    | ambulant <input type="checkbox"/>                                    | (teil-)stationär <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Einrichtungen zur <b>Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Akutversorgung</b> , zum Beispiel Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser (z.B. Psychiatrie), Hospize oder Vorsorge und -Rehabilitationseinrichtungen | ambulant <input type="checkbox"/>                                    | (teil-)stationär <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Einrichtungen zur <b>Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Langzeitversorgung</b> , zum Beispiel Pflege von Menschen mit Behinderungen, Eingliederungshilfen oder Wohngemeinschaften                      | ambulant <input type="checkbox"/>                                    | (teil-)stationär <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Einrichtungen der <b>Pflege von älteren und alten Menschen im Rahmen der Langzeitversorgung</b> , zum Beispiel Seniorenheime, ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste oder betreutes Wohnen           | ambulant <input type="checkbox"/>                                    | (teil-)stationär <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Andere</b> , zum Beispiel 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) beigelegt bzw. reiche diese nach. Ich versichere, dass alle Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

|            |                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|            |  |
| Ort, Datum | eigenhändige Unterschrift                                                           |

| 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 <input type="checkbox"/>                                                         | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen der Pflegekammer zu Bildungsveranstaltungen weitergegeben werden dürfen.                                       | Ja <input type="checkbox"/>                                                         | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ich möchte den Newsletter der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen erhalten                                                                                                                     | Ja <input type="checkbox"/>                                                         | Nein <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                             |  |                               |
| Ort, Datum                                                                                                                                                                                  | eigenhändige Unterschrift                                                           |                               |