



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 beigegeführten 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	

Selbständigkeit; Arbeitgeber und Adressen

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

Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

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



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.

☐ Kinderkrankenschwester, -pfleger

☐ Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, -pfleger

☐ Altenpflegerin, -pfleger

☐ Krankenschwester, -pfleger

☐ Gesundheits- und Krankenschwester, -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) beigelegt bzw. reiche diese nach.

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

X

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

