



# MELDEBOGEN

DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz

Die Daten werden aufgrund § 111 Abs. 5 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30.12.2014 (GVBl. 2014, S. 302) und der 1. Änderungsverordnung der Meldeordnung des Gründungsausschusses der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (genehmigt am 11.12.2015) erhoben.

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind immer auszufüllen. Diese Daten werden gemäß § 1 Abs. 5 HeilBG unverzüglich an das für den Ort der Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zur Erfüllung der Aufgaben übermittelt.

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

Erstmeldung <input type="checkbox"/>		Veränderungsmeldung <input type="checkbox"/>	
Mitgliedsnummer (falls bekannt)			
Name*			
Vorname(n)*			
Geburtsname*	ggf. frühere Namen*		
Titel			
Geburtsdatum*	Geburtsort		
Geschlecht	Weiblich <input type="checkbox"/>		Männlich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit*			
<b>Dienstadresse</b>	<b>Seit wann:</b>		
Name der Einrichtung, Abteilung			
Straße, Hausnr. dienstl.			
Postleitzahl, Dienstort			
Telefon dienstl.	Fax dienstl.		
Mobil dienstl.	E-Mail dienstl.		
<b>Privatadresse</b>			
Straße, Hausnr. privat*			
Postleitzahl, Wohnort*			
Telefon privat	Fax privat		
Mobil privat	E-Mail privat		
Post bitte senden	<input type="checkbox"/> an Privatanschrift		<input type="checkbox"/> an Dienstadresse

Bitte wenden

Angaben zur staatl. anerkannten Berufserlaubnis (ein amtl. beglaubigter Nachweis ist beizufügen)	
Berufserlaubnis*	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und KrankenpflegerIn (Krankenschwester/Krankenpfleger) <input type="checkbox"/> Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn (Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger) <input type="checkbox"/> Altenpflegerin, Altenpfleger
Für freiwillige Mitglieder	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht mehr beruflich in Rheinland-Pfalz tätig <input type="checkbox"/> Ich bin Auszubildende/r in einem Pflegeberuf
Weitergabe von Adressdaten (bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)	
Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für den Bezug des Mitteilungsblattes bzw. des digitalen Newsletters der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz weitergegeben werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die Veranstalter weitergegeben werden dürfen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bevorzuge den Erhalt des Newsletters der Landespflegekammer RLP.	<input type="checkbox"/> ja
An folgende E-Mail Adresse:	<input type="checkbox"/> Dienstliche Mailadresse <input type="checkbox"/> Private Mailadresse

Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen der Pflichtangaben in diesem Meldebogen unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, der Landespflegekammer schriftlich mitzuteilen habe.

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

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift

**Anlage: Beglaubigte oder von der Landespflegekammer bestätigte Kopie der Berufsurkunde, bitte keine Originalurkunde zusenden!**

Landespflegekammer RLP  
 Große Bleiche 14-16  
 55116 Mainz

Bitte zurücksenden an: