



Landespflegekammer RLP

Große Bleiche 14–16
55116 Mainz

Ausfüllhinweise

Bitte die Formulare in den dafür vorgesehenen Feldern leserlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen, da die Formulare elektronisch gelesen werden. Pflichtfelder sind in den Formularseiten mit (*) gekennzeichnet, alle weiteren Angaben sind freiwillig.

Rechtsgrundlagen

Die Daten werden aufgrund § 1 Abs. 5 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30.12.2014 (GVBl. 2014, S. 302) in Verbindung mit der Meldeordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (genehmigt am 20.12.2016) erhoben. Diese Daten werden gemäß § 1 Abs. 5 HeilBG an das für den Ort der Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zur Erfüllung der Aufgaben übermittelt.

Auszug aus § 22 HeilBG RLP

(1) Die Kammermitglieder, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht, (...)

2. sich gegen die aus der Ausübung ihres Berufs ergebenden Haftpflichtansprüche nach Art und Umfang dem Risiko angemessen zu versichern und dies auf Verlangen der Landeskammer nachzuweisen; diese ist zuständige Stelle im Sinne des § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes; die Versicherungspflicht besteht für das Kammermitglied persönlich, es sei denn, das Kammermitglied ist in vergleichbarem Umfang im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses gegen Haftpflichtansprüche abgesichert, (...)

Hinweise zur „Selbsteinstufung in eine Beitragsklasse“

Die Angaben zur Selbsteinstufung gegenüber der Kammer müssen gemäß der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz wahrheitsgemäß und vollständig sein.

Verändert sich das Gesamteinkommen aus pflegerischer Tätigkeit so, dass für das Kammermitglied eine andere Beitragsklasse in Betracht kommt und es sich entsprechend neu zuordnen muss, wird es dies der Kammer unverzüglich schriftlich melden (§ 3 Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz).

Die Kammer wird die Angaben der Mitglieder zur Selbsteinstufung nach den Bestimmungen der Beitragsordnung stichprobenmäßig überprüfen und kann dazu entsprechende Unterlagen über das Gesamteinkommen des Mitglieds anfordern. Das Kammermitglied ist verpflichtet, diese Unterlagen (z. B. Auszug aus dem Jahreseinkommenssteuerbescheid des Finanzamts oder Angaben des Steuerberaters) unverzüglich der Kammer zuzuleiten.

Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden (§ 5 Abs. 1 Beitragsordnung).

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar.



* **Pflichtzeile** – diese Felder **müssen** ausgefüllt werden.

3 Name*

4 Vorname*

5 Geburtsname*

6 frühere Namen*

7 Geburtstag* / -ort*

8 Geschlecht* weibl. männl.

9 Staatsangehörigkeit*

10 Straße* / Hausnr.*

11 PLZ* / Ort*

12 Land*

13 Telefon privat Telefax privat

14 Mobil privat

15 E-Mail privat

Ich bitte um Zusendung des Newsletters der Landespflegekammer an meine E-Mail-Adresse.

Mitgliedschaft / Angaben zur Berufserlaubnis* (beglaubigte Kopie der Berufserlaubnis unbedingt beilegen!) _____

82 Eintrittsdatum

- 83 Gesundheits- und Krankenpfleger(-in)/Krankenschwester/Krankenpflege
- 84 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in)/Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpflege
- 85 Altenpfleger(-in)

Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder

- 86 Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe
- 87 Rentner(-in)
- 88 Altenpflegehelfer(-in)
- 89 Krankenpflegehelfer(-in)
- 90 beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig
- 91 beruflich derzeit in folgendem Bundesland tätig

17 Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die jeweiligen Veranstalter weitergegeben werden dürfen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Änderungen zeitnah mitzuteilen und nachzuweisen habe.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift



* **Pflichtzeile** – diese Felder **müssen** ausgefüllt werden.

19 Beschäftigungsbeginn*

20 Dienststelle*

21 Straße* / Hausnr.*

22 PLZ* / Ort*

23 Telefon dienstlich Telefax dienstlich

24 Mobil dienstlich

25 E-Mail dienstlich

26 Ich bitte um Zusendung des Newsletters der Landespflegekammer an meine E-Mail-Adresse.

Berufshaftpflicht

Hiermit bestätige ich, dass nach § 22 HeilBG RLP eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht. (Siehe hierzu Hinweise zu den Rechtsgrundlagen auf Seite -1-)

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Änderungen zeitnah mitzuteilen und nachzuweisen habe.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift



Beitragsveranlagung – Selbsteinstufung (01.01.2016 oder später)

Angaben zur Beitragsklasse

Beitragsbefreiung

	monatl. Bruttoverdienst (€)	Beitragsklasse 1-9	von (Tag-Monat-Jahr)
27	1 (pflicht)		
28	2 (optional)		
29	3 (optional)		

Befreiungsgrund A-H	von (Tag-Monat-Jahr)	bis (Tag-Monat-Jahr)

Beitragsklasse	monatlicher steuerpfl. Bruttoverdienst	Jahres-/Monatsbeitrag
1 Mitglied	unter 500,- €	30,- € / 2,50 €
2 Mitglied	500,- € bis 999,99 €	54,- € / 4,50 €
3 Mitglied	1000,- € bis 1499,99 €	84,- € / 7,- €
4 Mitglied	1500,- € bis 2499,99 €	102,- € / 8,50 €
5 Mitglied	2500,- € bis 4499,99 €	117,60 € / 9,80 €
6 Mitglied	4500,- € bis 5499,99 €	204,- € / 17,- €
7 Mitglied	ab 5500,- €	300,- € / 25,- €
8 Schüler lt. §3 Abs. 3 Hauptsatzung		36,- € / 3,- €
9 Freiwilliges Mitglied lt. §3 Abs. 3+4 Hauptsatzung		60,- € / 5,- €

Beitragsbefreiungsgründe (Nachweise sind einzureichen)

- A - Elternzeit
- B - Beschäftigungsverbot
- C - Mutterschutz
- D - Krankengeld
- E - Arbeitslosengeld
- F - Sonderurlaub
- G - Freistellung ohne Bezüge
- H - Verbraucherinsolvenz

Beitrag – Zahlungsrhythmus/Zahlungsart (bitte zahlen Sie zum Ersten eines entsprechenden Monats)

- jährlich (Februar) ³¹ halbjährlich (Februar, August) ³² vierteljährlich (Februar, Mai, August, November)
 per SEPA-Lastschrift (siehe unten)
 per Überweisung / Dauerauftrag
 (Im Verwendungszweck muss Ihre Mitgliedsnummer, Nachname und Vorname genannt sein, sonst können wir Ihre Zahlung nicht zuordnen.)

Unsere Kontoverbindung: Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE13 5502 0500 0001 3950 00, BIC: BFSWDE33MNZ

Beitrag – SEPA-Lastschrift

„Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Große Bleiche 14–16, 55116 Mainz), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.“

Kontoinhaber: Mitglied selbst ³⁷ abweichend Der Mitgliedsbeitrag ist eine wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber: Name, Vorname

Kreditinstitut

IBAN ⁴¹ BIC

Gilt ab sofort ⁴³ ab

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Gläubiger-ID der Landespflegekammer: DE62 ZZZO 0001 5407 65
Ihre Mandatsreferenz (7stellig): Mitgliedsnummer mit 1 vorangestellt

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift



Info zu Ihrer Berufsqualifikation – bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben

Mehrfachnennungen sind möglich.

In Rheinland-Pfalz staatlich anerkannte Weiterbildungen

- 44 Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- 45 Pädiatrische Intensivpflege
- 46 Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- 47 Fachpflege für Krankenhaushygiene
- 48 Psychiatrische Pflege
- 49 Ambulante Pflege
- 50 Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege; Pflegedienstleitung
- 51 Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- 52 Diabetesberater/in

Sonstige bisherige Weiterbildungen

- 53 Basale Stimulation
- 54 Bobath
- 55 Breast Care Nurse
- 56 Case Management
- 57 Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie
- 58 Heimleitung
- 59 Hygiene
- 60 Kinästhetik
- 61 Nephrologie
- 62 Notfallpflege
- 63 Onkologie
- 64 Pain Nurse
- 65 Palliativversorgung/Hospiz
- 66 Pflegebegutachtung
- 67 Pflegeberater SGB XI
- 68 Psychosomatik
- 69 Qualitätsmanagement
- 70 Rehabilitation/Langzeitpflege
- 71 Sozialpsychiatrische Betreuung
- 72 Strahlenschutz
- 73 Wundmanagement
- 74 Sonstige Weiterbildungen ab 20 Std. _____

Hochschulqualifikation

- | | Diplom | Bachelor | Master |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 75 Management | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76 Pädagogik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77 Pflegewissenschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78 Pflegeexpertise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79 Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80 <input type="checkbox"/> Promotion | | | |
| 81 <input type="checkbox"/> Habilitation | | | |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.
Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.**

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift