



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.

Bitte denken Sie daran, die Angaben mit einer **Unterschrift** am Ende jeder ausgefüllten Seite zu bestätigen.

Bitte Senden Sie die ausgefüllten Unterlagen im Original per Post an die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zurück. Die zur Registrierung erforderlichen Unterlagen entnehmen Sie bitte der beigefügten Übersicht.

Im Übrigen finden Sie diese Formulare zum Ausdrucken auch unter www.pflegekammer-rlp.de > Für Mitglieder > Downloads/ Formulare.

Rechtsgrundlagen und Datenschutz

Die Daten werden aufgrund § 1 Abs. 5 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19.12.2014 (GVBl. 2014, S. 302) in Verbindung mit der Meldeordnung und der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz erhoben. Diese Daten werden gemäß § 1 Abs. 5 HeilBG an das für den Ort der Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zur Erfüllung der Aufgaben übermittelt.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz
Tel.: 06131 327380, Fax: 06131 3273899
E-Mail: info@pflegekammer-rlp.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

CTM-COM GmbH
Marienburgstraße 27, 64297 Darmstadt
Telefon: 06151 - 394272, Fax: 06151- 394273
datenschutz@ctm-com.de



Bitte im Original und unterschrieben per Post senden an: Große Bleiche 14–16 | 55116 Mainz

1 Mitgliedsnummer

Geburtsdag

Nachname



Info zu Ihrer Berufsqualifikation – bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben

Mehrfachnennungen sind möglich.

In Rheinland-Pfalz staatlich anerkannte Weiterbildungen

- 54 Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- 55 Pädiatrische Intensivpflege
- 56 Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- 57 Fachpflege für Krankenhaushygiene
- 58 Psychiatrische Pflege
- 59 Ambulante Pflege
- 60 Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege; Pflegedienstleitung
- 61 Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- 62 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.**

Eigenhändige Unterschrift

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

ERSTERHEBUNG - BITTE AUSFÜLLEN UND ZURÜCKSENDEN !!!!!