



WILLKOMMEN BEI DER LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ

Wir freuen uns, Sie als Mitglied begrüßen zu dürfen.

CHECKLISTE FÜR IHRE REGISTRIERUNG

Bitte prüfen Sie vor dem Versand Ihrer Unterlagen:

- ☐ Registrierungsformulare vollständig ausgefüllt und unterschrieben (inkl. Beitragseinstufung)
- ☐ **Beglaubigte** Kopie Ihrer Berufsurkunde
- ☐ Falls erforderlich: Weitere Nachweise (z. B. Elternzeit, Krankengeldbezug).

GUT ZU WISSEN

Beglaubigung der Berufsurkunde

Neben der amtlichen Beglaubigung durch ein Bürgeramt oder die Geschäftsstelle der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz gibt es eine einfachere Alternative: Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Personalabteilung kann die Übereinstimmung der Kopie mit dem Original bestätigen, sofern das Original zur Einsicht vorgelegt wird.

WEITERE INFORMATIONEN

Alles Wissenswerte zu den Beiträgen, der Beitragseinstufung, den Befreiungsmöglichkeiten sowie die entsprechenden Formulare finden Sie auf unserer Website: <https://pflegekammer-rlp.de/dokumente-downloads/>

HABEN SIE NOCH FRAGEN?

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Telefon: 06131 32738 0

E-Mail: neuregistrierung@pflegekammer-rlp.de



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 Formulareseiten mit (*) gekennzeichnet, alle weiteren Angaben sind freiwillig.

Denken Sie daran, die Angaben mit einer **Unterschrift** am Ende jeder ausgefüllten Seite zu bestätigen und senden Sie die ausgefüllten Unterlagen im Original per Post an die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zurück.

Im Übrigen finden Sie diese Formulare zum Ausdrucken auch unter <https://pflegekammer-rlp.de/dokumente-downloads/>

SELBSTEINSTUFUNG IN EINE BEITRAGSKLASSE

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

- 1.) Die **Einstufung** in eine Beitragsklasse erfolgt gemäß Beitragsordnung auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens (Jahresbruttolohn geteilt durch aus **pflegerischer Tätigkeit/Anwendung pflegerisches Fachwissen** des vorletzten Jahres (siehe Lohnsteuerbescheinigung gesamtes Jahreseinkommen)

BEISPIEL: Für das **Beitragsjahr 2027** stufen Sie sich auf Basis des durchschnittlichen **monatlichen Bruttoeinkommens aus dem Jahr 2025** ein.

- 2.) Für Ihre Einstufung im Jahr nach Ihrem Examen zählt das **durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen aus dem Zeitraum nach Ihrer Examinierung**.

- 3.) **Bitte beachten Sie:** Sollten Sie im **vorletzten Jahr** vor dem Beitragsjahr **kein** Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, erfolgt die Einstufung in eine Beitragsklasse gemäß dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen aus dem **letzten Jahr**.

BEISPIEL: Für das **Beitragsjahr 2027** stufen Sie sich in diesem Fall auf **Basis des Einkommens aus dem Jahr 2026** ein. Sollten Sie im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr ebenfalls kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich in die Beitragsklasse 3 ein.

- 4.) **Einstufung nach Elternzeit:** Sollten Sie zwei vollständige Jahre in Folge im Beschäftigungsverbot, Mutterschutz und Elternzeit gewesen sein, stufen Sie sich in die Beitragsklasse 3 ein. Des Weiteren beachten Sie 2.) und reichen Sie die Beitragsmeldung für das darauffolgende Jahr spätestens bis zum 30.09. ein.

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar. Ihr Beitragsbescheid dient zur Vorlage für Ihre Steuererklärung.

Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz ist berechtigt, die Angaben Ihrer Selbsteinstufung zu überprüfen und hierfür entsprechende Nachweise anzufordern.

RECHTSGRUNDLAGEN UND DATENSCHUTZ

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
E-Mail: datenschutz@ctm-com.de



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

ANMELDUNG ZUM*:

*Pflichtzeile. Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Name* _____

Vorname* _____

frühere Namen* _____

Geburtsort* _____

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Staatsangehörigkeit _____

Straße*/Hausnummer* _____

PLZ*/Ort* _____

Land* _____

Telefon _____

E-Mail _____

☐ Ich stimme der Zusendung des Newsletters der Landespflegekammer an meine E-Mail-Adresse zu.
Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

MITGLIEDSCHAFT/ANGABEN ZUR BERUFSERLAUBNIS* (beglaubigte Kopie der Berufserlaubnis unbedingt beilegen!)

- | | |
|--|---|
| ☐ Gesundheits- und Krankenpfleger(-in)/Krankenschwester/Krankenpflege | ☐ Altenpfleger(-in) |
| ☐ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in)/Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpflege | ☐ Pflegefachfrau-/mann |

Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe | ☐ Rentner/-in | ☐ beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig |
| ☐ Krankenpflegehelfer(-in) | ☐ Altenpflegehelfer/-in | |
| ☐ beruflich derzeit in folgendem Bundesland tätig _____ | | |

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für Einladungen zu Fortbildungsveranstaltungen an die jeweiligen Veranstalter weitergegeben werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

BEITRITT ZUM*: _____

*Pflichtzeile. Diese Felder müssen ausgefüllt werden.

Beschäftigungsbeginn* _____

Dienststelle* _____

Straße*/Hausnummer* _____

PLZ*/Ort* _____

BERUFSHAFTPFLICHT

☐ Hiermit bestätige ich, dass gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 2 HeilBG eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift

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

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

BEITRAGSVERANLAGUNG — SELBSTEINSTUFUNG MITGLIED

Beitragsklasse	Beitragsjahr 2027* (Grundlage sind in der Regel Jahresbruttoeinkünfte aus 2025)	Monatliches durchschnittliches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei vierteljährlicher Zahlungsweise
1	☐	unter 500,- €	35,- €	17,50 €	8,75 €
2	☐	500,- € bis unter 1.000,- €	64,- €	32,- €	16,- €
3	☐	1.000,- € bis unter 1.500,- €	99,- €	49,50 €	24,75 €
4	☐	1.500,- € bis unter 2.500,- €	120,- €	60,- €	30,- €
5	☐	2.500,- € bis unter 4.500,- €	139,- €	69,50 €	34,75 €
6	☐	4.500,- € bis unter 5.500,- €	240,- €	120,- €	60,- €
7	☐	ab 5.500,- €	354,- €	177,- €	88,50 €

*Die Höhe des jährlichen Beitrags wird durch die Vertreterversammlung festgelegt und kann von den oben genannten Angaben abweichen.

Mitglied seit _____

BEITRAG UND ZAHLUNGSART

☐ PER ÜBERWEISUNG/DAUERAUFTRAG

Bitte beachten Sie: Bei dieser Zahlart ist nur **eine jährliche Zahlung** möglich! Darüber hinaus fallen entsprechend § 2 der Gebührenordnung und deren Anlage (Gebührentatbestand Ziff. 1.1.6) **Gebühren** an!

Unsere Kontoverbindung: Landespflegekammer RLP (KdöR), IBAN: DE75 3702 0500 0001 3950 00, BIC: BFSWDE33XXX

(Im Verwendungszweck muss Ihre Mitgliedsnummer, Nachname und Vorname genannt sein, sonst können wir Ihre Zahlung nicht zuordnen.)

☐ PER SEPA-LASTSCHRIFT (Diese Zahlart ist für Sie gebührenfrei)

Erteilung einer Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige/Wir ermächtigen, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, 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, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.

Abbuchung: ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich
Kontoinhaber: ☐ Mitglied selbst ☐ abweichend

**Der Mitgliedsbeitrag ist eine
wiederkehrende Zahlung.**

Kontoinhaber: Name, Vorname _____

Kreditinstitut: _____ IBAN _____

BIC _____

Gilt: ☐ ab sofort ☐ ab _____

Unterschrift Kontoinhaber/-in _____

Ort/Datum _____

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.**

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum



MITGLIEDSNUMMER _____ GEBURTSTAG _____ NACHNAME _____

INFORMATIONEN ZU IHRER BERUFSQUALIFIKATION.

Bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben. Mehrfachnennungen sind möglich.

IN RHEINLAND-PFALZ STAATLICH ANERKANNTE WEITERBILDUNGEN

- ☐ Intensivpflege incl. Anästhesie und Dialyse
- ☐ Pädiatrische Intensivpflege
- ☐ Fachpflege für operative Funktionsbereiche incl. Endoskopie und Ambulanzen
- ☐ Fachpflege für Krankenhaushygiene
- ☐ Psychiatrische Pflege
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Management: Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen und in der Altenpflege
- ☐ Pflegedienstleitung Pädagogik: Lehrer/in für Pflegeberufe; Praxisanleitung
- ☐ Diabetesberater/in

SONSTIGE BISHERIGE WEITERBILDUNGEN

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Basale Stimulation | ☐ Pain Nurse | ☐ Sonstige Weiterbildungen ab 20 Stunden |
| ☐ Bobath | ☐ Palliativversorgung/Hospiz | |
| ☐ Breast Care Nurse | ☐ Pflegebegutachtung | |
| ☐ Case Management | ☐ Pflegeberater SGB XI | |
| ☐ Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie | ☐ Psychosomatik | |
| ☐ Heimleitung | ☐ Qualitätsmanagement | |
| ☐ Hygiene | ☐ Rehabilitation/Langzeitpflege | |
| ☐ Kinästhetik | ☐ Sozialpsychiatrische Betreuung | |
| ☐ Nephrologie | ☐ Strahlenschutz | |
| ☐ Notfallpflege | ☐ Wundmanagement | |
| ☐ Onkologie | | |

HOCHSCHULQUALIFIKATION

- | | Diplom | Bachelor | Master | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Management _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Pädagogik _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Pflegewissenschaft _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Pflegeexpertise _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ Promotion |
| Grundständig _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ Habilitation |
| pflegeberufsausbildende Studiengänge | | | | |

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

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort/Datum