



## **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 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!) \_\_\_\_\_**

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

**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



**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