



**LANDESPFLEGEKAMMER RHEINLAND-PFALZ**

Geschäftsbereich Administration

Große Bleiche 14-16

55116 Mainz

## BEIBLATT RÜCKSENDUNG

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

### ÜBERSICHT

Anbei übersende ich:

- Beglaubigte Kopie Berufsurkunde
- Rücksendeformular Seite 2 – Angaben zur Person
- Rücksendeformular Seite 3 – Angaben zum Arbeitgeber
- Rücksendeformular Seite 4 – Beitrag und Zahlung
- Rücksendeformular Seite 5 – Berufsqualifikation
- Nachweis Namensänderung
- Nachweis Adressänderung
- Nachweis Tätigkeit ab 1.1.2016 bis Mitgliedsbeginn
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift



## 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](http://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](mailto:info@pflegekammer-rlp.de)

unsere Datenschutzbeauftragte:

Frau Cinderella Schneider

CTM-COM GmbH

Wilhelm-Leuschner-Straße 33, 64380 Roßdorf

Tel.: 06154 - 57605 - 111, Fax: 06154 - 57605 - 29

## 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.

Die **Einstufung** in eine Beitragsklasse erfolgt gemäß Beitragsordnung auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens aus pflegerischer Tätigkeit aus dem **vorletzten** Jahr vor dem Beitragsjahr (Bsp.: Für das **Beitragsjahr 2016** stufen Sie sich auf Basis des **durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens** aus pflegerischer Tätigkeit aus den **Jahr 2014** ein). 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 pflegerischer Tätigkeit aus dem letzten Jahr (Bsp.: Für das Beitragsjahr 2016 stufen Sie sich in diesem Sonderfall auf Basis des Einkommens aus pflegerischer Tätigkeit aus dem Jahr 2015 ein). Sollten Sie im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr ebenfalls kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich in die niedrigste Beitragsklasse ein. Insoweit ist die Lücke in der Beitragsordnung vom 25.04.2016 im Sinne der Einstufung in die niedrigste Beitragsklasse (Beitragsklasse 1) rückwirkend geschlossen. Ab dem Beitragsjahr 2019 erfolgt die Einstufung in die Beitragsklasse 3, wenn im vorletzten und letzten Jahr kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt wurde (Bsp.: Für das Beitragsjahr 2019 stufen Sie sich in die Beitragsklasse 3 ein, wenn Sie in den Jahren 2017 und 2018 kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben).

Nach der Beitragsordnung ist die Kammer berechtigt, die Angaben der Mitglieder zur Selbsteinstufung zu überprüfen. Dazu kann sie Nachweise anfordern.

Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden.

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar.



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



Geburtstag

**ÄNDERUNG zum\***

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

Name\*

Vorname\*

Geburtsname\*

frühere Namen\*

Geburtstag\* / -ort\*

Geschlecht\*  weibl.  männl.

Staatsangehörigkeit\*

Straße\* / Hausnr.\*

PLZ\* / Ort\*

Land\*

Telefon privat  Telefax privat

Mobil privat

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!)**

Eintrittsdatum

Gesundheits- und Krankenpfleger(-in) / Krankenschwester / Krankenpflege

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-in) / Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpflege

Altenpfleger(-in)

**Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder**

Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe    22  Rentner(-in)    23  Altenpflegehelfer(-in)

Krankenpflegehelfer(-in)    25  beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig

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 Änderungen zeitnah mitzuteilen und nachzuweisen habe.**

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben



1

Geburtstag



28

**ÄNDERUNG zum\***

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

29

Beschäftigungsbeginn\*

30

Dienststelle\*

31

Straße\* / Hausnr.\*

32

PLZ\* / Ort\*

33

Telefon dienstlich  Telefax dienstlich

34

Mobil dienstlich

35

E-Mail dienstlich

36

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.**

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum



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



Geburtstag

**Beitragsveranlagung – Selbsteinstufung PFLICHTMITGLIED**

Beitragsklasse	Beitragsjahr 2016 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2014)	Beitragsjahr 2017 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2015)	Beitragsjahr 2018 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2016)	Beitragsjahr 2019 (Grundlage ist in der Regel Jahresbruttoeinkommen aus 2017)	Monatliches durchschnittliches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitragsraten bei vierteljährlicher Zahlungsweise	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unter 500,- €	30,- €	15,- €	7,50 €	Geringverdiener
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	500,- € bis unter 1.000,- €	54,- €	27,- €	13,50 €	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.000,- € bis unter 1.500,- €	84,- €	42,- €	21,- €	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.500,- € bis unter 2.500,- €	102,- €	51,- €	25,50 €	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.500,- € bis unter 4.500,- €	117,60 €	58,80 €	29,40 €	Basisbeitrag
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.500,- € bis unter 5.500,- €	204,- €	102,- €	51,- €	Höherverdiener
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ab 5.500,- €	300,- €	150,- €	75,- €	

Mitglied seit

(Wenn Mitgliedschaft nicht seit 1.1.16 besteht, bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

**Beitrag – Zahlungsrhythmus/Zahlungsart**

jährlich (1. Februar) <sup>40</sup>  halbjährlich (1. Februar, 1. August) <sup>41</sup>  vierteljährlich (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. 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.“ Dieses SEPA-Mandat kann jederzeit widerrufen werden.

Kontoinhaber:  Mitglied selbst <sup>46</sup>  abweichend Der Mitgliedsbeitrag ist eine wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber:  
Name, Vorname

Kreditinstitut

IBAN

<sup>50</sup> BIC

Gilt

ab sofort

<sup>52</sup>  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.**

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum



1

Geburtstag

--	--	--	--	--	--	--	--



**Info zu Ihrer Berufsqualifikation – bitte entsprechend ankreuzen bzw. beschreiben**

Mehrfachnennungen sind möglich.

**In Rheinland-Pfalz staatlich anerkannte Weiterbildungen**

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

**Sonstige bisherige Weiterbildungen**

- |   |  |
|---|--|
| 62 <input type="checkbox"/> Basale Stimulation                        | 73 <input type="checkbox"/> Pain Nurse                     |
| 63 <input type="checkbox"/> Bobath                                    | 74 <input type="checkbox"/> Palliativversorgung/Hospiz     |
| 64 <input type="checkbox"/> Breast Care Nurse                         | 75 <input type="checkbox"/> Pflegebegutachtung             |
| 65 <input type="checkbox"/> Case Management                           | 76 <input type="checkbox"/> Pflegeberater SGB XI           |
| 66 <input type="checkbox"/> Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie | 77 <input type="checkbox"/> Psychosomatik                  |
| 67 <input type="checkbox"/> Heimleitung                               | 78 <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement            |
| 68 <input type="checkbox"/> Hygiene                                   | 79 <input type="checkbox"/> Rehabilitation/Langzeitpflege  |
| 69 <input type="checkbox"/> Kinästhetik                               | 80 <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Betreuung |
| 70 <input type="checkbox"/> Nephrologie                               | 81 <input type="checkbox"/> Strahlenschutz                 |
| 71 <input type="checkbox"/> Notfallpflege                             | 82 <input type="checkbox"/> Wundmanagement                 |
| 72 <input type="checkbox"/> Onkologie                                 |  |
| 83 <input type="checkbox"/> Sonstige Weiterbildungen ab 20 Std. _____ |  |
| _____   |  |
| _____   |  |

**Hochschulqualifikation**

- |  | Diplom                   | Bachelor                 | Master                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 84 Management  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85 Pädagogik   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86 Pflegewissenschaft                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87 Pflegeexpertise                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88 Grundständig pflegeberufsausbildende Studiengänge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89 <input type="checkbox"/> Promotion                |                          |                          |                          |
| 90 <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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum