



### 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.



1 Geburtstag       Nachname

2 **ÄNDERUNG zum\***

\* 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

16  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!)**

17 Eintrittsdatum

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

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

20  Altenpfleger(-in)

**Zusatzangaben für freiwillige Mitglieder**

21  Auszubildende(-r) in einem der oben genannten Heilberufe

22  Rentner(-in)

23  Altenpflegehelfer(-in)

24  Krankenpflegehelfer(-in)

25  beruflich nicht mehr in Rheinland-Pfalz tätig

26  beruflich derzeit in folgendem Bundesland tätig

27  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

Nachname



**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  Basale Stimulation
- 63  Bobath
- 64  Breast Care Nurse
- 65  Case Management
- 66  Geriatrie/Gerontologie/Gerontopsychiatrie
- 67  Heimleitung
- 68  Hygiene
- 69  Kinästhetik
- 70  Nephrologie
- 71  Notfallpflege
- 72  Onkologie
- 73  Pain Nurse
- 74  Palliativversorgung/Hospiz
- 75  Pflegebegutachtung
- 76  Pflegeberater SGB XI
- 77  Psychosomatik
- 78  Qualitätsmanagement
- 79  Rehabilitation/Langzeitpflege
- 80  Sozialpsychiatrische Betreuung
- 81  Strahlenschutz
- 82  Wundmanagement
- 83  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

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

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