

MELDEBOGEN



PFLEGEKAMMER
NIEDERSACHSEN
ERRICHTUNGSAUSSCHUSS

Die Daten werden aufgrund § 5, § 42 des Kammergesetzes für die Heilberufe in der Pflege (PflegeKG) vom 14.12.2016 (Nds. GVBl S. 261 ff.) i. V. m. der Melde- und Auskunftordnung der Pflegekammer Niedersachsen erhoben. Bei den zu machenden Angaben handelt es sich mit Ausnahme der unterstrichenen Angaben um Pflichtangaben.

Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen. Die Daten werden elektronisch gespeichert.

Erstmeldung Veränderungsmeldung

STAMMDATEN	
Name	
Vorname(n)	
Geburtsname/ ggf. frühere Namen	
<u>Titel</u>	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> sonstiges:

DIENSTADRESSE	
Seit wann (Datum)	
Name der Einrichtung	
Freiberuflich tätig	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Dienstort	
Telefon/Fax ¹	
E-Mail ¹	

PRIVATADRESSE	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon/Fax ¹	
E-Mail ¹	
Post bitte senden an	<input type="checkbox"/> an Privatanschrift <input type="checkbox"/> an Dienstanschrift
per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax
<u>Mobil privat</u>	



ANGABEN ZUR BERUFSBEZEICHNUNG (Bitte Nachweise beifügen)

- Berufsbezeichnung**
- Altenpflegerin, Altenpfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
(Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger)
- Gesundheits- und Krankenpflegerin
Gesundheits- und Krankenpfleger
(Krankenschwester, Krankenpfleger)

Abschluss staatlicher Abschluss Studium

**Bei Berufserlaubnis
in mehreren Berufen:**

Für welche Berufsgruppe möchten Sie registriert werden?

Altenpflege Kinderkrankenpflege Krankenpflege

Hinweis: Innerhalb der gewählten Berufsgruppe sind Sie wahlberechtigt
(§ 12 PflegeKG – bis eine andere Meldung erfolgt)

Staatlich anerkannte Weiterbildungen¹: _____

Sonstige Weiterbildungen (Pflege)¹: _____

Hochschulqualifikationen: Bachelor Master Diplom Sonstiges: _____

WEITERGABE VON ADRESSDATEN (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an)

Ich bin einverstanden, dass meine privaten Adressdaten für den digitalen Newsletter der Pflegekammer Niedersachsen verwendet werden.

Ja Nein

An folgende E-Mail-Adresse : _____

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass ich alle Veränderungen der Pflichtangaben in diesem Meldebogen innerhalb eines Monats der Pflegekammer Niedersachsen schriftlich mitzuteilen habe. Ich versichere, dass die Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich versichere ferner, dass die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung bis zum heutigen Tag nicht entzogen wurde und auch kein entsprechendes Verfahren gegen mich anhängig ist.

Datum/Unterschrift

1) Gem. § 36 Abs. 1 PflegeKG wird den unteren Gesundheitsbehörden halbjährlich ein Verzeichnis der Kammermitglieder mit Angaben zu Name und Vorname, Geburtsjahr, Dienst- und Privatanschrift, dienstlicher und privater Telefonnummer, Telefaxnummer, E-Mail-Adresse und Berufs- und Weiterbildungsbezeichnung übermittelt.