



Aktenzeichen	Sachbearbeitung Frau Schneider
Telefon 09261 678-227	Telefax 09261 678-415
E-Mail-Adresse gesundheitsamt@lra-kc.bayern.de	

Landratsamt Kronach  
Gesundheitswesen  
Postfach 15 51  
96305 Kronach

**Meldebogen für krankenpflegerische Tätigkeit - ambulanter Pflegedienst - (Art. 18 GDVG)**

- Erstanzeige**       **Anzeige einer Änderung**       **Anzeige wegen Aufgabe**
- Anzeige entfällt, da Tätigkeit**
- in der Trägerschaft der Länder, Gemeinden, Gemeindeverbände und anderer juristischer Personen des öffentlichen Rechts**
  - "von Trägern im Sinn des § 5 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch" (Kirchen und Religionsgesellschaften ..., Verbände der freien Wohlfahrtspflege ...)**

**Angaben zur Person**

Familiename		Geburtsname	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Haus-Nr.	Postleitzahl	Wohnort

**Ambulanter Pflegedienst**

Name des ambulanten Pflegedienstes			
Straße	Haus-Nr.	Postleitzahl	Wohnort
Telefon		Fax	
E-Mail		Internet	
ggf. Trägerschaft		Name der leitenden Pflegekraft	

**Tätigkeit**

Berufsbezeichnung	
Erlaubnisurkunde erteilt am	Ausstellungsbehörde

Erlaubnisurkunde bitte in **beglaubigter Kopie** beilegen **oder im Original** vorlegen.  
**Falls keine Erlaubnisurkunde über die Berechtigung zum Führen einer Heilberufsbezeichnung vorliegt, bitte die Anlage beachten!**

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Beschreibung der beruflichen Ausbildung für die Meldung einer Pflegekraft**  
(nur auszufüllen wenn keine Erlaubnisurkunde vorliegt)

**Falls keine Erlaubnisurkunde über die Berechtigung zum Führen einer Heilberufsbezeichnung vorliegt, sind folgende Unterlagen als beglaubigte Kopie beizufügen oder im Original vorzulegen:**

- **Führungszeugnis** (nicht älter als 3 Monate)

ausgestellt am

\_\_\_\_\_

Ausstellungsbehörde:

\_\_\_\_\_

- **Ärztliches Zeugnis** (nicht älter als 3 Monate)

wonach keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine anzeigepflichtige Person in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs unfähig oder ungeeignet ist.

ausgestellt am

\_\_\_\_\_

von:

\_\_\_\_\_

- **Beschreibung der beruflichen Ausbildung**

Berufliche Ausbildung als
Dauer der Ausbildung (von - bis)
Abschluss als

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

Unterschrift \_\_\_\_\_