

## Beitrittserklärung

Vergleiche hierzu § 2 – Rahmenvertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V

### An die zuständige Stelle nach Anlage 1 des Rahmenvertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V

Hiermit erkläre/n ich/wir den Beitritt zum Rahmenvertrag vom 01.04.2024.  
Diese Erklärung schließt ein, dass der Vertrag als verbindlich anerkannt wird.

Änderungen und Ergänzungen des Rahmenvertrags werden Gegenstand der vertraglichen Beziehungen, soweit nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden der Änderung/Ergänzung von dem außerordentlichen Kündigungsrecht Gebrauch gemacht wird.

Eine Ausfertigung des Rahmenvertrags liegt vor. Die Voraussetzungen für die Leistungserbringung nach diesem Rahmenvertrag werden erfüllt.

Sollten sich bezüglich der nachfolgenden Angaben zu A - E Änderungen ergeben, werden diese der zuständigen Stelle unverzüglich mitgeteilt.

#### A) Angaben zum Pflegedienst

<b>1.</b>	Name des ambulanten Pflegedienstes	
	Straße	
	Postfach	
	PLZ/Ort	
	Federführende/r Krankenkasse/-verband	
	Geschäftsführer:in/ Inhaber:in (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	
	Homepage	
	Verantwortliche Pflegefachkraft (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
	Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
	Institutskennzeichen (IK)	
	gepl. Versorgungsbeginn ab Datum	
<b>2.</b>	Träger der Einrichtung	
	Rechtsform	
	Gesetzliche:r Vertreter:in (Funktion)	

**Anlage 2** - Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

	Straße	
	Postfach	
	PLZ/Ort	
	Telefon	
	E-Mail	
	Homepage	
	Status	<input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> privat-gewerblich
	Berufs-/Spitzenverband vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bitte Berufs-/Spitzenverband angeben	
	Ist die Einrichtung tarifgebunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welcher Tarif?	
	Wenn nein, wendet die Einrichtung einen Tarifvertrag oder kirchliche Arbeitsvertragsrichtlinien an bzw. orientiert sich an diesen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche/r	
	Wenn nein, vergütet die Einrichtung ihre Beschäftigten in der Pflege und Betreuung nach dem für Hamburg regional üblichen Entgeltniveau?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**B) Persönliche Qualifikation**

1. Bitte Name/Vorname, Anschrift und Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft angeben:

---

---

---

(Bitte Fotokopien der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung, Nachweis der Weiterbildung für leitende Funktionen von mindestens 460 Stunden und der erworbenen Zusatzqualifikationen beifügen)

2. Bitte Name/Vorname, Anschrift und Qualifikation der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft angeben:

---

---

---

(Bitte Fotokopien der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und der erworbenen Zusatzqualifikationen beifügen)

Die zu B) 2.1 und 2.2 genannten Personen haben eine mindestens zweijährige Berufserfahrung innerhalb der letzten acht Jahre nach Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung in Vollzeitbeschäftigung, davon mindestens neun Monate im ambulanten Bereich (bitte Zeiten der Tätigkeit, Namen der Einrichtungen angeben und nachweisen):

- a) für die verantwortliche Pflegefachkraft

---

---

---

**Anlage 2** - Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

b) für die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

---

---

---

3. Bitte die Fotokopie eines Auszuges aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (Führungszeugnis) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie für die Leiter:innen des Leistungserbringers/Inhaber, den/ die geschäftsführenden Gesellschafter:innen einer GmbH sowie für jede:n Gesellschafter:in einer GbR beifügen.

4. Bitte Namen und Qualifikation der weiteren Pflegekräfte (Mindestpersonal gemäß § 7 des Rahmenvertrags) angeben:

	vereinbarte Wochenstunden

(Bitte Fotokopien der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung für das Personal gem. §§ 10 und 11 des Rahmenvertrags nach § 132a Abs. 4 SGB V beifügen)

**C) Organisatorische Voraussetzungen**

1.	Ist die Erreichbarkeit Tag und Nacht und auch an Sonn- und Feiertagen gewährleistet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.	Ist eine Einsatzdokumentation entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen gewährleistet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Ist ein eigenständiger Telefonanschluss mit Anrufweitschaltung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.	Bitte folgende Nachweise beifügen  <input type="checkbox"/> die Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei der zuständigen Wohn-Pflege-Aufsicht  <input type="checkbox"/> die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft  <input type="checkbox"/> Police über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs-/ Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Mit diesen Versicherungen müssen eventuelle Schadensersatzansprüche der von ihm versorgten Patienten abgedeckt sein  <input type="checkbox"/> Bei juristischen Personen einen Auszug aus dem Handelsregister	

**D) Praxis- und Betriebseinrichtung**

1. Folgende Praxis- und Betriebseinrichtungen sind vorhanden:

a.	Pflegekoffer/Bereitschaftstasche einschl. Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, sterile Pinzetten, Scheren, Desinfektionsmaterial, Händedesinfektionsmittel, sterile Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b.	Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**E) Leistungsspektrum**

- Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung
- Behandlungspflege
- hauswirtschaftliche Versorgung

**Anlage 2** - Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die Versorgung mit häuslicher  
Krankenpflege

**Mit Beitritt zu diesem Rahmenvertrag erklärt der Leistungserbringer zeitgleich die Kündigung der bisher bestehenden kassen-/kassenartenspezifischen Verträge nebst Anlagen nach § 132a Abs. 4 SGB V. Eine gesonderte Kündigung dieser Verträge nebst Anlagen ist nicht notwendig. Verträge/Vertragsbestandteile nach § 132 SGB V bleiben hiervon unberührt.**

Durch nachstehende Unterschrift(en) bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift(en) Pflegedienst

Bestätigung des zuständigen Berufs- und Spitzenverbands über die Mitgliedschaft des o. g. Pflegedienstes spätestens zu Beginn des Vertragsverhältnisses.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift(en) Berufs- bzw.  
Spitzenverband