

Senden Sie die genannten Nachweise gemeinsam, vollständig und digital per PDF-Datei an die folgende E-Mailadresse: AmbPflegeHES_Zulassung@vdek.com

Bitte geben Sie im Betreff Ihrer E-Mail stets Ihren Landkreis und Ihre IK Nummer an.

CHECKLISTE ZULASSUNGSVERFAHREN SGB V + SGB XI für ambulante Pflegedienste

Name des Pflegedienstes:

Anschrift:

Für folgende Bereiche wird ein Vertrag beantragt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- SGB V (Häusliche Krankenpflege)
 SGB XI (Pflegeversicherung)

(Gewünschter) Vertragsbeginn: _____

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
--	-----------------------	---------------------

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Antrag SGB V | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gemeinsamer STRUKTURERHEBUNGSBOGEN SGB XI | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. NACHWEIS VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT | | |

Name:....., **Vorname:**.....

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Polizeiliches Führungszeugnis * (nicht älter als 3 Monate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) (<u>nur bei SGB V Antrag</u>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urkunde der staatlichen Anerkennung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitgeber-Zeugnisse der letzten Jahre
mit Angaben von Umfang und Art der Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV
(entfällt bei eigener Inhaberschaft) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsvertrag – die Angaben zum Gehalt können geschwärzt werden
(entfällt bei eigener Inhaberschaft) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zertifikat über die Weiterbildungsmaßnahme für lt. Funktionen/Nachweis Studium | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. NACHWEIS STV. VERANTWORTLICHE PFLEGEFACHKRAFT

Name:....., **Vorname:**.....

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Polizeiliches Führungszeugnis *(nicht älter als 3 Monate) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aktuelles Gesundheitszeugnis (Attest vom Hausarzt) (<u>nur bei SGB V Antrag</u>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urkunde der staatlichen Anerkennung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meldebescheinigung zur Sozialversicherung gemäß § 25 DEÜV | | |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (entfällt bei eigener Inhaberschaft) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsvertrag – die Angaben zum Gehalt können geschwärzt werden
(entfällt bei eigener Inhaberschaft) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterlagen sind beigelegt (bzw. liegen vor)	JA (liegt vor)	NEIN (fehlt)
--	-----------------------	---------------------

5. NACHWEISE ZU BETRIEBLICHEN VORAUSSETZUNGEN

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden
Betriebshaftpflichtversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auszug aus dem Gewerbezentralregister für die Betriebsinhaber/
Geschäftsführer bei juristischen Personen (z.B. GmbH) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)
für sämtliche Inhaber / Geschäftsführer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gesellschaftsvertrag
(bei juristischen Personen mit Angabe der Gesellschafterliste) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eintrag ins Handelsregister bei juristischen Personen
(z.B. UG, GmbH, eingetragener Kaufmann, usw) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Institutionskennzeichen (IK)
zu beantragen bei:
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstr. 111
53757 Sankt Augustin
Internet: www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp | | |
| Die IK Nummer lautet: | _____ | |
| Mietvertrag (Lageplan) der Büroräume * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kooperationsvertrag (sofern vorhanden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Ein Vertragsabschluss ist erst nach vollständigem Eingang
sämtlicher Unterlagen und nur in die Zukunft möglich. Sofern
Unterlagen fehlen oder Angaben unvollständig sind, kann dies zur
Verzögerung der Zulassung führen.**

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI und /oder nach § 132a Absatz 4 SGB V erhoben und verarbeitet.

Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Pflege rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.