

Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

Beglaubigte Kopien sind dem zuständigen Verband der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen vorzulegen. Die Aufteilung der Zuständigkeiten erfolgt nach Landkreisen/Regionen und ist der Anlage 7 dieser Rahmenvereinbarung zu entnehmen.

NAME DER EINRICHTUNG:			
ANSCHRIFT:			
PLZ, ORT, LANDKREIS:			
INSTITUTIONS-KENNZEICHEN (IK)			
TELEFON:		FAX:	
E-MAIL:			

GESELLSCHAFTSFORM:	<input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> UG (haftungsbeschränkt) <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Verein (e.V.) <input type="checkbox"/> andere:
INHABER/TRÄGER:	
GESELLSCHAFTER:	
GESCHÄFTSFÜHRER:	

Ich bin/wir sind Mitglied in dem Pflegedienst-/Trägerverband:	
Ich habe/wir haben den Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklärt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

✓ Polizeiliche Führungszeugnisse (nicht älter als sechs Monate) in Kopie anliegend für:

	NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM UND ANSCHRIFT
INHABER/TRÄGER	
GESELLSCHAFTER	
PFLEGEDIENSTLEITUNG	
STELLV. PFLEGEDIENSTLEITUNG	

AUFLISTUNG DER PERSONALVORHALTUNG

- BERUF: bitte Ziffer eintragen: ① = Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger
 ② = Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger
 ③ = staatlich anerkannte/r Altenpflegerin/-pfleger
 ④ = Pflegefachfrau/Pflegefachmann
 ⑤ = Krankenpflegehelferin/-helfer (KPH)
 ⑥ = Pflegeassistentin/-assistent

PFLEGEDIENSTLEITUNG

gemäß § 6 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

STELLVERTRETENDE PFLEGEDIENSTLEITUNG

gemäß § 6 Abs. 2 dieser Rahmenvereinbarung

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

WEITERE FESTANGESTELLTE PFLEGEKRÄFTE

(vgl. § 5 Abs. 1 Satz 1 dieser Rahmenvereinbarung)

Name	Vorname	Beruf	Beschäftigt seit	wöch. Arbeitszeit

✓

- NACHWEIS über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen der Pflege(fach)kräfte gem. § 3 Abs. 3 in Kopie anliegend

CHECKLISTE DER BEIGEFÜGTEN UNTERLAGEN:

- ✓ Nachweis der fachlichen Voraussetzungen der Pflegedienstleitungen
- ERLAUBNIS ZUR FÜHRUNG DER BERUFSBEZEICHNUNG in beglaubigter Kopie (nicht älter als sechs Monate) anliegend
- NACHWEIS DER BERUFSPRAXIS in Kopie anliegend
- NACHWEIS DER WEITERBILDUNG in Kopie anliegend
- ✓ Beitritt zur zuständigen Berufsgenossenschaft (BGW)
- ANTRAG in Kopie anliegend - Bestätigung der Mitgliedschaft wird nachgereicht, sobald diese vorliegt
- oder**
- BESTÄTIGUNG DER MITGLIEDSCHAFT in Kopie anliegend

ANMELDUNG VOM:		VERS. - NR.:	
----------------	--	--------------	--

- ✓ Betriebs-Berufshaftpflichtversicherung
- ANTRAG in Kopie anliegend - Versicherungsschein wird nachgereicht, sobald dieser vorliegt
- oder**
- VERSICHERUNGSSCHEIN in Kopie anliegend

ABGESCHLOSSEN AM:		VERS.-NR.:	
BEI:			

✓

- GEEIGNETES FAHRZEUG VORHANDEN
- GEEIGNETES PFLEGEDOKUMENTATIONSSYSTEM WIRD VORGEHALTEN
- NACHWEIS GEEIGNETER GESCHÄFTSRÄUME (z. B. Miet- oder Pachtvertrag) in Kopie anliegend

✓sofern die Rechtsform es erfordert

- NACHWEIS ÜBER DIE BEANTRAGUNG DER EINTRAGUNG IM HANDELS-/VEREINSREGISTER in Kopie anliegend
- REGISTERAUSZUG in Kopie anliegend (oder nachzureichen)
- AUSZUG DES NOTARIELL BEURKUNDETEN GESELLSCHAFTSVERTRAGES mit Angabe der Gesellschafter, Unternehmenszweck, der Geschäftsführung und deren Vertretungsbefugnisse
oder
- LISTE DER GESELLSCHAFTER, aus der Namen, Anschrift und Geburtsdatum der Gesellschafter hervorgehen, sofern diese im Zuge der Anmeldung an das Registergericht beurkundet wurde

ERKLÄRUNG

Die unter „Organisatorische Voraussetzungen“ sowie „Praxis- und Betriebseinrichtung“ in §§ 3 und 4 genannten Materialien sind in meinem/unserem Krankenpflagedienst vollständig vorhanden und werden entsprechend des Vertrages gehandhabt.

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns hiermit, die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sowie eine Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und un-
aufgefordert dem zuständigen Verband der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen (Zuständigkeiten siehe Anlage 7 dieser Vereinbarung) mitzuteilen.

Ich versichere/wir versichern, dass die hier geleisteten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich/wir alle in § 5 genannten Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift/en Inhaber/Träger

Stempel der Einrichtung