

DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

Postanschrift . Hanse- und Universitätsstadt Rostock . 18050 Rostock

Hanse- und Universitätsstadt Rostock
Gesundheitsamt Rostock
Abt. Amtsärztlicher Dienst/ Sozialmedizin
Medizinalaufsicht
Paulstraße 22
18055 Rostock

E-Mail: ga_medizinalaufsicht@rostock.de
Telefon: +49 381 381-5363

Formular zur Anmeldung ambulanter Pflegeeinrichtungen

gemäß § 27 Abs. 1, 2 und 3 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V) und § 71 (Pflegeeinrichtungen) i.V.m. § 36 (Pflegesachleistung) SGB XI in der jeweils aktuell gültigen Fassung

Erstanmeldung	
Änderung	
Abmeldung	
Beschäftigung von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens	
Persönliche Angaben Inhaber*in	
Anrede, Titel:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum/-ort:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mailadresse:	
Berufliche Qualifikation:	
Angaben zur Berufsausübung	
Einzelstandort Rostock	Standort in anderen Städten/ Kreisen/ Bundesländern
Falls andere Standorte, wo:	
Eröffnungsdatum:	
Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Telefonnummer (24h):	

Mobiltelefonnummer (24h):				
E-Mailadresse dienstlich:				
Prospekte/Werbeflyer:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Logo der Einrichtung:	Bitte als Bilddatei oder in ausgedruckter Form einsenden.			
Internetseite:				
Social Media Auftritt bei:				
(Fremd-) Sprachen:				
Öffnungszeiten Büro:	Mo		Do	
	Di		Fr	
	Mi		Sa	
Leistungsprofil				
	Pflegekonzept bitte als PDF per Mail an ga_medizinalaufsicht@rostock.de			
Einzureichende Qualifikationsnachweise				
	beglaubigte Kopie Berufsqualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft			
	beglaubigte Kopie Berufsqualifikation der verantwortlichen Stellvertretung			
	beglaubigte Kopie vom Abschluss der Weiterbildungsmaßnahme für PDL (460 h)			
	Polizeiliches Führungszeugnis Inhaber*in/Geschäftsführer*in			
	Polizeiliches Führungszeugnis der verantwortlichen Pflegefachkraft			
	Polizeiliches Führungszeugnis der verantwortlichen Stellvertretung			
	Kopie Bundespersonalausweis Inhaber*in/Geschäftsführer*in			
	Kopie Bundespersonalausweis der verantwortlichen Pflegefachkraft			
	Kopie Bundespersonalausweis der verantwortlichen Stellvertretung			
Weitergabe der Kontaktdaten				
Ich bin damit einverstanden, dass an ratsuchende Personen folgende Daten vom Gesundheitsamt weitergegeben werden dürfen:				
	Telefon-/Mobilnummer	<input type="checkbox"/>	Ich wünsche keine Weitergabe der Daten.	
	Anschrift der Einrichtung			
	E-Mailadresse dienstlich			
Angaben zu beschäftigten Personen				
	Keine beschäftigten Personen			
	Beschäftigte Personen wie folgt:			

Beschäftigte Personen

Lfd. Nr.	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Berufsbezeichnung				
Haupt-oder Nebenberuflichkeit				
Qualifizierung/ Spezialisierung				
Datum Aufnahme Beschäftigungsverhältnis				
Datum Beendigung Beschäftigungsverhältnis				

Lfd. Nr.	5	6	7	8
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Berufsbezeichnung				
Haupt-oder Nebenberuflichkeit				
Qualifizierung/ Spezialisierung				
Datum Aufnahme Beschäftigungsverhältnis				
Datum Beendigung Beschäftigungsverhältnis				

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die Richtigkeit aller gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift der
meldenden Person