

# MELDEBOGEN zur freiwilligen Mitgliedschaft

Die Daten werden aufgrund § 5 des Heilberufsgesetzes vom 9. Mai 2000 (GV. NRW. S. 403), das zuletzt durch Gesetz vom 30. Januar 2024 (GV. NRW. S. 81) geändert worden ist, erhoben.

Pflegekammer Nordrhein-Westfalen  
 Alte Landstraße 104  
 40489 Düsseldorf

Die orange und mit Sternchen gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Bitte leserlich in Blockbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. Die Daten werden elektronisch gespeichert.

Mitgliedsnummer:

Vorname:

Nachname:

**Erstmeldung**     **Veränderungsmeldung zum**

**Angaben zur freiwilligen Mitgliedschaft\***     **Nachweise liegen bei**

Freiwillige Kammermitglieder können gemäß § 2 Absatz 3 und 4 des Heilberufsgesetzes werden:

Pflegefachpersonen, die keine Pflichtmitglieder sind, Auszubildende oder Studierende in einem Pflegefachberuf sowie Pflegehilfs- und -assistentenpersonen mit einer staatlich examinierten ein- bis zweijährigen Ausbildung.

Pflegefachperson nicht wohnhaft in NRW und nicht beruflich in NRW tätig     Staatlich geprüfte Krankenpflegehilfs- und assistenzpersonen  
 Auszubildende(-r) oder Studierende(-r) in einem Pflegefachberuf     Staatlich geprüfte Altenpflegehilfs- oder -assistentenpersonen  
 Staatlich geprüfte Pflegefachassistenz

Anrede     Herr     Frau     keine Angabe

Geschlecht\*     Männlich     Weiblich     Divers    Akademische(r) Grad(e)\*

Nachname\*

Vorname(n)\*

Geburtsname\*

Ggf. frühere Namen\*

Geburtsdatum\*          Geburtsort\*

Geburtsland\*

Jetzige Staatsangehörigkeit(en)\*

Frühere Staatsangehörigkeit\*

**Privatadresse (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)**

Strasse, Hausnummer\*

Postleitzahl, Wohnort\*

Telefon privat\*

Mobiltelefon privat\*

E-Mail-Adresse\*

## Selbstständigkeit; Arbeitgeber und Adressen\*

- Ich bin selbstständig  
Bitte als Hauptarbeitgeber eintragen
- Ich bin bei einem Arbeitgeber beschäftigt
- Ich habe zusätzlich einen Nebenarbeitgeber
- Hiermit bestätige ich, dass nach § 30 Nr. 4 Heilberufsgesetz eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht (nur bei Selbstständigkeit notwendig)
- Ich habe keinen Arbeitgeber (Rentner, Rentnerin oder erwerbslos) seit
- \_\_\_\_. \_\_\_\_.

### Hauptarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung\* \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer dienstlich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort\* \_\_\_\_\_

Ort der Berufsausübung, falls abweichend vom Ort des Hauptarbeitgebers\* \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn Hauptarbeitgeber \_\_\_\_.

### Nebenarbeitgeber (bitte auch bei Beurlaubung ausfüllen)

Name der Einrichtung\* \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer dienstlich\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Dienstort\* \_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn Nebenarbeitgeber \_\_\_\_.

### Angaben zur Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung (wenn vorhanden)

- Die Ausbildung ist über ein grundständiges Pflegestudium erfolgt

#### WICHTIG:

Fügen Sie einen Nachweis bei.

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_.

- Kinderkrankenschwester, -pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, -pfleger
- Altenpflegerin, -pfleger
- Krankenschwester, -pfleger
- Gesundheits- und Krankenpflegerin, -pfleger
- Pflegefachfrau, -fachmann

### Vertiefungseinsatz gem § 7 Absatz 4 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes

- Stationäre Akutpflege
- Stationäre Langzeitpflege
- Ambulante Akut-/Langzeitpflege
- Ambulante Akut-/ Langzeitpflege mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege
- Pädiatrische Versorgung
- Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung

### Tätigkeitsbereich (wenn vorhanden)

In meiner beruflichen Tätigkeit arbeite ich oder habe ich **überwiegend** im folgenden Tätigkeitsbereich gearbeitet:

**WICHTIG:**  
Bitte kreuzen Sie nur eine Zuordnung an.

Wenn Sie in mehreren Tätigkeitsbereichen zu gleichen Teilen arbeiten, kreuzen Sie bitte nur einen dieser Bereiche nach Ihrer Wahl an.

- Einrichtungen zur **Pflege von Kindern und Jugendlichen**, zum Beispiel Kinderkliniken, Betreuungseinrichtungen, Kinderhospize oder häusliche Kinderkrankenpflege  ambulant  (teil-)stationär
- Einrichtungen zur **Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Akutversorgung**, zum Beispiel Krankenhäuser, Fachkrankenhäuser (z.B. Psychiatrie), Hospize oder Vorsorge und -Rehabilitationseinrichtungen  ambulant  (teil-)stationär
- Einrichtungen der **Pflege von Erwachsenen im Rahmen der Langzeitversorgung**, zum Beispiel Pflege von Menschen mit Behinderungen, Eingliederungshilfen oder Wohngemeinschaften  ambulant  (teil-)stationär
- Einrichtungen der **Pflege von älteren und alten Menschen im Rahmen der Langzeitversorgung**, zum Beispiel Seniorenheime, ambulante Pflegedienste, Betreuungsdienste oder betreutes Wohnen  ambulant  (teil-)stationär
- Andere**, z.B. Bildung, Forschung oder Behörden

Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen der Pflichtangaben in diesem Meldebogen innerhalb von einem Monat der Pflegekammer schriftlich mitzuteilen habe. Ich habe entsprechende Nachweise beigelegt bzw. reiche diese nach. Mir ist bewusst, dass ich der Verarbeitung meiner freiwillig angegebenen Informationen jederzeit an [datenschutz@pflegekammer-nrw.de](mailto:datenschutz@pflegekammer-nrw.de) mit Wirkung für die Zukunft widersprechen kann.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben (vgl. § 26 VwVfG NRW).



Ort, Datum\*

eigenhändige Unterschrift (Pflichtfeld!)