Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachperson nach § 8 Teilhabe- und Pflegequalitätsgesetz-Ausführungsverordnung (TPQGAVO)

Landratsamt Biberach

Name der Einrichtung: _____

Anzahl der Plätze: _____

Name der verantwortlichen Pflegefachperson:_____

In dieser Einrichtung verantwortlich ab: _____

Die Tätigkeit als verantwortliche Pflegeperson wird in

☐ Vollzeit ausgeübt.

☐ Teilzeit (Grad der Beschäftigung als verantwortliche Pflegeperson _____%) ausgeübt.

Die verantwortliche Pflegeperson

☐ ist ausschließlich als verantwortliche Pflegeperson tätig.

☐ hat weitere Aufgaben.

Weitere Aufgabenbereiche mit entsprechendem Stellenanteil:

_____

Hinweis: Wird die Tätigkeit nicht mit einem Stellenumfang von einem Vollzeitäquivalent ausgeübt oder wird die Tätigkeit in Personalunion verantwortliche Pflegeperson und Einrichtungsleitung ausgeübt so ist hierfür ein Antrag und die vorherige Zustimmung der Beratungs- und Prüfbehörde notwendig.

Name der stellvertretenden verantwortliche Pflegeperson:_____

Handelt es sich um eine ☐ ständige Vertretung?

☐ Urlaubsvertretung?

Zur Wahrung der Vertretung wird die stellvertretende verantwortliche Pflegeperson von der direkten Pflege freigestellt?

☐ ja (Umfang: _____%) ☐ nein

Die oben genannte Person ist fachlich als verantwortliche Pflegeperson geeignet aufgrund:

☐ Einer Ausbildung als Pflegefachfrau/ Pflegefachmann,

☐ Einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in,

☐ Einer Ausbildung als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder

☐ Einer Ausbildung al Altenpfleger/in

sowie einer praktischen Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre und

eine geeigneten Weiterbildungsmaßnahme für leitendene Funktionen im Umfang von mindestens 460 Stunden erfolgreich durchgeführt hat.
Folgende Unterlagen sind zeitnah gesammelt zu vorzulegen: ☐ Arbeitsvertrag ☐ Aktueller beruflicher Lebenslauf ☐ Abschlusszeugnis ☐ Staatliche Anerkennungsurkunde ☐ Arbeitszeugnisse der Einrichtungen, in denen in den vergangenen acht Jahren gearbeitet wurde und die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben wurden ☐ Teilnahmebescheinigung „Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktion“
Sonstiges:

☐ Hiermit bestätige ich als Träger der Einrichtung, dass die verantwortliche Pflegeperson die persönlichen Voraussetzungen erfüllt und uns ein aktuelles Führungszeugnis, das nicht älter als 3 Monate ist vorgelegten hat.

Rückfragen bitte an:

Name, Vorname: _____

Funktion: _____

Tel: _____

Email: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular zeitnah mit den aufgeführten Unterlagen zurück an das

Landratsamt Biberach
Amt für Soziale Dienste/ Beratungs- und Prüfbehörde
Rollinstraße 9
88400 Biberach.