



An das
Landratsamt Deggendorf
Gesundheitsamt
Pater-Fink-Straße 8
94469 Deggendorf

Änderungsbogen für beruflich Pflegende (Art. 16 Abs. 4 GDG)

Ambulanter Pflegedienst

Name des Pflegedienstes

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

----------------------	----------------------

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

----------------------	----------------------	----------------------

Internet-Adresse

Änderungen am Pflegedienst

☐ Verlegung der Einrichtung^

☐ Sonstige Änderungen bei der Einrichtung^

☐ Abmeldung

☐ Änderung der Personalstruktur*

Änderungen (*^nur auszufüllen bei Änderungen bei der Niederlassung*)

neuer Name des Pflegedienstes

neue Straße, Hausnummer

neue PLZ, Ort

----------------------	----------------------

neues Telefon

neues Fax

neue E-Mail-Adresse

----------------------	----------------------	----------------------

neue Internet-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

* Bei Personaländerungen füllen Sie bitte Ihre aktuellen Daten und die folgende Personalliste aus, unterschreiben Sie anschließend bitte das Formular. Ändert sich nichts an der Personalstruktur, brauchen Sie die Personalliste nicht einsenden.

Lfd. Nr.	Name	Vorname	Straße	PLZ, Ort	Änderung (z. B. Namensänderung, Austritt, Sonstiges)	ggf. Austrittsdatum
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

Kennzeichnen Sie die leitende Pflegekraft bitte mit einem Sternchen (*) bei der lfd. Nr.

Benötigen Sie mehr Zeilen für Ihre Mitarbeiter, drucken und füllen Sie diese Seite bitte mehrfach aus.