

16. APRIL 1996 - Ministerieller Erlass zur Festlegung des Formulars zur Beantragung der Zulassung, aufgrund deren Fachkräfte für Krankenpflege eine besondere Berufsbezeichnung führen oder sich auf eine besondere berufliche Qualifikation berufen dürfen

(offizielle deutsche Übersetzung: Belgisches Staatsblatt vom 5. Dezember 1997)

Diese offizielle deutsche Übersetzung ist von der Zentralen Dienststelle für Deutsche Übersetzungen beim Beigeordneten Bezirkskommissariat in Malmedy erstellt worden.

16. APRIL 1996 - Ministerieller Erlass zur Festlegung des Formulars zur Beantragung der Zulassung, aufgrund deren Fachkräfte für Krankenpflege eine besondere Berufsbezeichnung führen oder sich auf eine besondere berufliche Qualifikation berufen dürfen

Artikel 1 - Fachkräfte für Krankenpflege, die als Inhaber einer besonderen Berufsbezeichnung zugelassen werden möchten oder sich auf eine besondere berufliche Qualifikation berufen möchten, müssen ihren Antrag anhand des Formulars in der Anlage zu vorliegendem Erlass einreichen.

Art. 2 - Der Antragsteller muss pro besondere Berufsbezeichnung und pro besondere berufliche Qualifikation ein Formular einreichen.

Art. 3 - Die an den Minister, zu dessen Zuständigkeitsbereich die Volksgesundheit gehört, gerichteten Anträge auf Zulassung müssen per Einschreiben an folgende Adresse geschickt werden: Ministerium der Sozialen Angelegenheiten, der Volksgesundheit und der Umwelt, Verwaltung der Gesundheitspflege, Dienststelle für Krankenpflegepersonal, Geburtshelfer und heilhilfsberufliches Personal, Abteilung Fachkräfte für Krankenpflege, Cité administrative de l'Etat, Quartier Vésale, 5. Stock, 1010 BRÜSSEL.

Art. 4 - Vorliegender Erlass tritt am Tag seiner Veröffentlichung im *Belgischen Staatsblatt* in Kraft.

Fachkräfte für Krankenpflege

FORMULAR ZUR BEANTRAGUNG ODER VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG BEZÜGLICH EINER BESONDEREN BERUFSBEZEICHNUNG ODER EINER BESONDEREN BERUFLICHEN QUALIFIKATION

Ein Formular pro Antrag (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Per Einschreibebrief zu verschicken

I. Vom Antragsteller auszufüllen

1. ERSTER ANTRAG AUF ZULASSUNG

1.1. PERSONALIEN DES ANTRAGSTELLERS

Name:
Vornamen:
Straße und Nummer:
Postleitzahl: Gemeinde:
Land:
Telefon: Fax:
Geschlecht: ☐ Mann ☐ Frau
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):
Geburtsort:
Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:
Sprache:
Nummer des Beglaubigungsvermerks der medizinischen Kommission:
Nummer des Nationalregisters:

1.2. ART DES ANTRAGS

☐ Beantragung einer besonderen Berufsbezeichnung:
.....
☐ Beantragung einer besonderen beruflichen Qualifikation:
.....

Name des Antragstellers:
 Vornamen:

1.3. ERHALTENE AUSBILDUNG

1.3.1. GRUNDAUSBILDUNG

Art	Dauer	Zeitraum
☐ Brevet eines Krankenhauspflegers oder einer Krankenhauspflegerin		
☐ Brevet eines Psychiatriekrankenpflegers oder einer Psychiatriekrankenpflegerin		
☐ Diplom eines graduierten Krankenhauspflegers oder einer graduierten Krankenhauspflegerin		
☐ Diplom eines graduierten Sozialkrankenpflegers oder einer graduierten Sozialkrankenpflegerin		
☐ Diplom eines graduierten Kinderkrankenpflegers oder einer graduierten Kinderkrankenpflegerin		
☐ Diplom eines graduierten Psychiatriekrankenpflegers oder einer graduierten Psychiatriekrankenpflegerin		
☐ Diplom eines graduierten Krankenpflegers oder einer graduierten Krankenpflegerin		
☐ Diplom einer Hebamme		
☐ Sonstige		

Folgende Beweisstücke bitte beifügen: beglaubigte Kopie des Diploms, des Brevets oder der Bescheinigung.

1.3.2. ERGÄNZENDE AUSBILDUNG ODER SPEZIALISIERUNG

- Art:
- Dauer:
- Zeitraum (Beginn und Ende):
- Adresse der Bildungsanstalt:
-
- Programm bitte beifügen (Theoretischer Teil + Berufserfahrung)
- Folgende Beweisstücke bitte beifügen: beglaubigte Kopie des Diploms, des Brevets oder der Bescheinigung
- Die Rubrik 1.3.2. des Formulars bitte pro ergänzende Ausbildung ausfüllen

Name des Antragstellers:
Vornamen:

1.4. ARBEITSSTELLE ZUR ZEIT DES ANTRAGS

- Name und Adresse:

.....

.....

- Art:

☐	Krankenhaus	☐	Altenheim
☐	Alten- und Pflegeheim	☐	Hauspflege
☐	Psychiatrisches Pflegeheim	☐	Sonstige
☐	Poliklinik		Welche?
			

- Dienst:

- Der Antragsteller arbeitet als
seit

Vollzeitbeschäftigungsgleichwert (VBG): Stunden/Woche

- Bescheinigung des Arbeitgebers bitte beifügen

Datum (Tag, Monat, Jahr):

Name + Vornamen (in Druckbuchstaben)

.....

.....

Unterschrift

Name des Antragstellers:
Vornamen:

2. VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

2.1. PERSONALIEN DES ANTRAGSTELLERS

Name:
Vornamen:
Straße und Nummer:
Postleitzahl: Gemeinde:
Land:
Telefon: Fax:
Geschlecht: ☐ Mann ☐ Frau
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr):
Geburtsort:
Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:
Sprache:
Nummer des Beglaubigungsvermerks der medizinischen Kommission:
Nummer des Nationalregisters:

2.2. WEITERBILDUNG

- Art:

1. Jahr
2. Jahr
3. Jahr
4. Jahr
5. Jahr
6. Jahr

- Dauer (Anzahl Stunden/Jahr):

1. Jahr
2. Jahr
3. Jahr
4. Jahr
5. Jahr
6. Jahr

- Adresse der Bildungsanstalt:

- 1. Jahr
- 2. Jahr
- 3. Jahr
- 4. Jahr
- 5. Jahr
- 6. Jahr

Folgende Beweisstücke bitte beifügen: beglaubigte Kopie.

Name des Antragstellers:
Vornamen:

2.3. ARBEITSSTELLE ZUR ZEIT DES ANTRAGS AUF VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG

- Name und Adresse:
.....
.....

- Art:
- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|---------------|
| ☐ | Krankenhaus | ☐ | Altenheim |
| ☐ | Alten- und Pflegeheim | ☐ | Hauspflege |
| ☐ | Psychiatrisches Pflegeheim | ☐ | Sonstige |
| ☐ | Poliklinik | | Welche? |
| | | | |

- Dienst:

- Der Antragsteller arbeitet als
seit

Vollzeitbeschäftigungsgleichwert (VBG): Stunden/Woche

- Bescheinigung des Arbeitgebers bitte beifügen

Datum (Tag, Monat, Jahr):

Name + Vornamen (in Druckbuchstaben)

.....

.....

Unterschrift

II. Der Verwaltung vorbehalten

Name des Antragstellers:
Vornamen:

1. ANTRAG AUF ZULASSUNG:
2. ANTRAG AUF VERLÄNGERUNG DER ZULASSUNG:
3. Antrag erhalten am (Datum): (Tag, Monat, Jahr)
4. Stellungnahme des Nationalen Rates für Krankenpflege
Datum:(Tag, Monat, Jahr)
O positiv O negativ
Begründung:
.....
.....
5. Ministerieller Erlass vom (Datum) (Tag, Monat, Jahr)
6. Beginn der Zulassung
Datum: (Tag, Monat, Jahr)
7. Ende der Zulassung
Datum: (Tag, Monat, Jahr)
8. Kode:
9. Zulassungsnummer: