

# Antrag

zur Anerkennung der Geeignetheit von Einrichtungen  
**für den Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-,  
kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung**  
gemäß § 5 Abs. 2 Pflegeberufe-Eignungsverordnung  
Sachsen-Anhalt (PflEignVO LSA)



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt  
Referat 507  
-Pflegeberufegesetz-

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt  
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe  
Maxim-Gorki-Straße 7  
06114 Halle (Saale)

Zutreffendes bitte  ankreuzen oder ausfüllen!

## 1. Angaben zur Ausbildungseinrichtung nach § 5 Abs. 2 PflEignVO LSA

Name	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Telefax
E-Mail-Adresse	

## 2. Der Pflichteinsatz in der allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrischen Versorgung des/der Auszubildenden soll in folgender Einrichtungsart gemäß § 5 Abs. 2 PflEignVO LSA durchgeführt werden

- ambulante Pflegeeinrichtung mit einer Zulassung zur Versorgung nach § 71 Abs.1 und § 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie Demenzkranke versorgt
- Einrichtung oder Dienst, die/der Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in einer gemeinschaftlichen Wohnform betreut
- Einrichtung oder Dienst, die/der abhängigkeitskranke Menschen in einer gemeinschaftlichen Wohnform betreut
- psychiatrische Fachpraxis gemäß § 95 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Dienst mit Versorgungsauftrag zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
- Dienst mit Versorgungsauftrag nach § 37a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Soziotherapie

Bitte fügen Sie die Zulassung (Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 SGB XI, Vertrag nach § 132 b Abs. 1 SGB V etc.) bei.

## 3. Rechtsform der Ausbildungseinrichtung

Einzelfirma

eingetragener Verein

GmbH

GbR

andere Rechtsform

Status:

freigemeinnützig

öffentlich

privat

#### 4. Angaben zur vertretungsberechtigten Person der Ausbildungseinrichtung

Name	Vorname
Anschrift und Erreichbarkeit: (Bitte nur ausfüllen, falls die Angaben von der Ausbildungseinrichtung abweichen.)	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl, Ort
Telefonnummer	Telefax
E-Mail-Adresse	

#### 5. Sicherstellung der Praxisanleitung

Benennung der Praxisanleitung und deren Stellvertreter für die praktische Ausbildung		
Name der Anleiter und deren Vertreter	Berufliche Qualifikation/ Weiter- und Fortbildungen	Dauer der Tätigkeit im Beruf

Fügen Sie bitte entsprechende Nachweise, wie Erlaubnis, Kopie des Berufsabschlusses, berufspädagogische Zusatzqualifikation, Weiter- und Fortbildungsnachweise der Praxisanleiter und deren Vertreter bei.

## 6. Weitere erforderliche Angaben und beizufügende Unterlagen

Träger der praktischen Ausbildung des/der Auszubildenden

Name des Trägers	Anschrift des Trägers (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Kontaktdaten (Tel., Fax, E-Mail-Adresse)

Kooperationsvertrag mit dem Träger der praktischen Ausbildung wird angestrebt.  
Nach Abschluss übersenden Sie diesen bitte in Kopie.

Kooperationsvertrag mit dem Träger der praktischen Ausbildung ist beigefügt.

**7. Nachweise, dass die Einrichtung organisatorisch und inhaltlich in der Lage ist, für das Erreichen des Ausbildungsziels zu sorgen**

Beabsichtigte maximale Anzahl der Auszubildenden

Kurze Erklärung über die Vermittlung der Ausbildungsinhalte - Erreichen des Ausbildungsziels nach dem Rahmenlehrplan - Umsetzung der Praxisanleitung während des Einsatzes der zu leistenden praktischen Ausbildungszeit

Bitte fügen Sie in Kopie den Ausbildungsplan nach § 8 Abs. 3 PflBG sowie das Ausbildungskonzept bei.

**8. Angaben über das Verhältnis von Fachkräften zu Auszubildenden (mindestens 2:1)**

Ort, Datum

Unterschrift des/der Geschäftsführer/in oder des/der Vertretungsberechtigten