



**Überprüfung der Anforderungen nach der Landespersonalverordnung (LPersVO)
an die Pflegedienstleitung im Sinne von § 10 Abs. 1 Wohn-, Teilhabe- und
Pflegegesetz (WTPG) für eine stationäre Einrichtung gem. § 3 WTPG**

Name der Einrichtung		Anzahl der Plätze
Adresse (Straße und Hausnummer, PLZ und Ort)		
Pflegedienstleitung (Vor- und Nachname)		Tätig seit bzw. ab
Die Tätigkeit soll ausgeübt werden ...		
<input type="checkbox"/> mit einem Vollzeitäquivalent (VZÄ)		
<input type="checkbox"/> mit _____ Anteilen eines VZÄ		
<input type="checkbox"/> nur in dieser stationären Einrichtung		
<input type="checkbox"/> in Personalunion EL/PDL		
<input type="checkbox"/> für mehrere stationäre Einrichtungen, und zwar folgende:		
Weitere Aufgaben der Pflegedienstleitung		
Stv. Pflegedienstleitung (Vor- und Nachname)		
Weitere Angaben zur Stellvertretung (Qualifikation, VZÄ)		
Folgende Anforderungen sind zu erfüllen (§ 6 LPersVO):	Nachzuweisen durch:	Beiliegend
<input type="checkbox"/> Tätigkeit als Pflegedienstleitung	Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/>
und		
<input type="checkbox"/> Ausbildung zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen mit staatlich anerkanntem Abschluss	Abschlusszeugnis der Berufsfachschule und staatliche Anerkennungsurkunde	<input type="checkbox"/>
und		
<input type="checkbox"/> An einer geeigneten Weiterbildungsmaßnahmen für leitende Funktionen wurde teilgenommen (gem. § 71 SGB XI mind. 460 Std.).	Teilnahmebescheinigung	<input type="checkbox"/>

Folgende Anforderungen sind zu erfüllen (§ 6 LPersVO):	Nachzuweisen durch:	Beiliegend
und		
<input type="checkbox"/> Eine praktische Erfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre.	Beruflicher Lebenslauf u. weitere Zeugnisse	<input type="checkbox"/>
	Zeugnisse der Einrichtungen, in denen die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben wurden, mit genauen Angaben zur Tätigkeit und den Zeiträumen, in denen z. B. die Tätigkeit als stv. Pflegedienstleitung ausgeübt wurde.	<input type="checkbox"/>
und		
<input type="checkbox"/> Straf- oder Ordnungswidrigkeit (§ 10 Abs. 1 WTPG und § 4 LPersVO)	Selbsterklärung	<input type="checkbox"/>

Die Anforderungen nach § 10 Abs. 1 WTPG und Landespersonalverordnung sind erfüllt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, weil:

Ort, Datum

Unterschrift

Name, Funktion

Landratsamt Bodenseekreis
Sozialamt - Heimaufsicht
Glärnischstraße 1 - 3
88045 Friedrichshafen
Tel.: 07541 204-5292 oder -5673
info-heimaufsicht@bodenseekreis.de