|  |  |
| --- | --- |
| An die  Abteilung 8 Gesundheit und Pflege  Referat Pflegemanagement  Friedrichgasse 9  8010 Graz | Für Rückfragen:  Tel: (0316) 877-3628  E-Mail: [pflegemanagement@stmk.gv.at](mailto:pflegemanagement@stmk.gv.at)  Formular: [www.gesundheit.steiermark.at](http://www.gesundheit.steiermark.at) |
| Eingangsstempel |

# Anerkennung stationäre Einrichtung gem. § 27 StPBG

# Antrag

Mit diesem Formular können Sie einen Antrag auf Anerkennung einer stationären Einrichtung gemäß § 27 Steiermärkisches Pflege- und Betreuungsgesetz-StPBG, LGBl. Nr. 90/2024 i.d.g.F. stellen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte beachten Sie: | \*= | Angabe erforderlich | i= | Information zum Ausfüllen | = | Zutreffendes ankreuzen |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANGABEN ZUM\*R ANTRAGSTELLER\*IN | | | | | | | | |
| Name/Bezeichnung | | \* | i |  | | | | |
| Rechtsform | | \* |  |  | Registernummer | \* |  |  |
| i | **Name/Bezeichnung** des Antragstellers laut Firmenbuch, Unternehmensregister oder Vereinsregister. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse/Kontakt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | \* |  |  |
| PLZ | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | |
| Telefon | \* |  |  | | | | E-Mail | |  |  |  | | | | |
| Homepage |  |  |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| vertretungsbefugte Kontaktperson i | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname | | | | \* |  |  | | | | Akadem. Grad | | | |  |  |  | | | |
| Vorname | | | | \* |  |  |  | |  |  |  | |  | | |  |  | | |
| Funktion | | | | \* |  |  | Dienstort (Stelle) | | \* |  |  | | | | | | | | |
| Telefon | | | | \* |  |  | E-Mail |  | |  | |  | | | | | | | |
| Mobiltelefon | | | |  |  |  | Fax | |  |  |  | | | | | | | | |
| i | Es ist die **Person** zu benennen, welche laut Registerauszug **vertretungsberechtigt** ist. Sollte eine andere als die im Register ersichtliche Person vertretungsberechtigt sein, ist dieser Person eine Vollmacht auszustellen, aus der der Vertretungsumfang ersichtlich ist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ich/wir beabsichtige/n** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. **Anerkennung** (neues Pflegewohnheim und/oder die Erhöhung der Anzahl der Verrechnungsbetten)   a) von       Betten und/oder  b) von       Betten mit Psychiatriezuschlag,  welche **noch nicht bewilligt** sind | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Angaben zur neuen stationären Einrichtung** | | | | | | | | | **Name** |  | | | | | | | **Straße** |  | | | | | | | **PLZ** |  | **Hausnummer** |  | | **Bezirk** |  | **Ort** |  | | | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. **Anerkennung** von       Betten welche gem. StPHG oder StPBG **bereits bewilligt** sind (Erhöhung der Anzahl der Verrechnungsbetten), davon       Betten für pflegebedürftige Personen mit psychiatrischer Beeinträchtigung (Psychiatriezuschlag). | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Angaben zur stationären Einrichtung** | | | | | | | | **Name** |  | | | | | | **Straße** |  | **Hausnummer** |  | | | **PLZ** |  | **Ort** |  | | | **Bezirk** |  | **Gemeinde (Kennzahl)** |  |   **Nur bei einer bestehenden Einrichtung auszufüllen**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **In Betrieb seit (tt.mm.jjjj)** |  |  |  | | | **Betten bewillig gem. StPHG oder Errichtungs-/Betriebsbewilligung gem. StPBG** |  |  |  | | | **GZ der Bewilligung** |  | **vom (tt.mm.jjjj)** |  | | | **Bereits anerkannte Betten nach SHG oder StPBG** |  |  |  | | | **GZ der Bewilligung** |  | **vom (tt.mm.jjjj)** |  | | **Bereits anerkannte Betten mit Psychiatriezuschlag** |  |  |  | | | **GZ der Anerkennung** |  | **vom (tt.mm.jjjj)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. **Anerkennung** von       krankenanstaltenrechtlich bewilligten Betten. | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Angaben zur stationären Einrichtung** | | | | | | | | | **Name** |  | | | | | | | **Straße** |  | **Hausnummer** | | | **PLZ** |  | **Ort** |  | | | | **Bezirk** |  | **Gemeinde (Kennzahl)** |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **In Betrieb seit (tt.mm.jjjj)** |  |  |  | | **Betten bewillig gem. StPHG oder Errichtungsbe-willigung gem. StPBG** |  | **vom (tt.mm.jjjj)** |  | | **GZ der Bewilligung** |  |  |  | | **Betten anerkannt nach SHG oder StPBG** |  | **vom (tt.mm.jjjj)** |  | | **GZ der Anerkennung** |  |  |  | | **Betten anerkannt für Psychiatriezu-schlag** |  |  |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | |
|  | 1. **Verlegung von       bereits anerkannten Betten oder Zusammenlegung eigener anerkannter Pflegewohnheime gem. § 27 Abs. 5 und 6.** | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Einrichtung 1: Betreiber:** | | | | | | | | | | | | **Name** | |  | | | | | | | | | | **Straße** | |  | **Hausnummer** | |  | | | | | | **PLZ** | |  | **Ort** | |  | | | | | | **Bezirk** | |  | **Gemeinde (Kennzahl)** | |  | | | |  | **Einrichtung 2: Betreiber** | | | | | | | | | | | | **Name** | |  | | | | | | | | | | **Straße** | |  | **Hausnummer** | |  | | | | | | **PLZ** | |  | **Ort** | |  | | | | | | **Bezirk** | |  | | **Gemeinde (Kennzahl)** |  | | | |  | **Einrichtung nach Zusammenlegung** | | | | | | | | | | | | **Name der Einrichtung** | |  | | | | | | | | | | **Straße** | |  | | | **Hausnummer** |  | | | | **PLZ** | |  | | **Ort** |  | | | | | **Bezirk** | |  | | **Gemeinde (Kennzahl)** |  | | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | 1. **Standortwechsel** **gem. § 27 Abs.6 StPBG** (Adressänderung) | | | | | |
|  | **Name der anerkannten stationären Einrichtung:** | | | | |
| **von**  Straße | |  | Hausnummer |  | |
| PLZ | |  | Ort |  | |
| **nach** Straße | |  | Hausnummer |  | |
| PLZ | |  | Ort |  | |
|  |  | | | | |
|  | 1. **Rechtsnachfolge:** | | | | | |
| Name Betreiber | |  | | | |
| Rechtsform | |  | Registernummer | |  |
| Straße | |  | Hausnummer | |  |
| PLZ | |  | Ort | |  |
| Telefon | |  | E-Mail | |  |
| Homepage | |  | | | |
| **Neuer Betreiber**: Hier sind die Daten laut Register einzutragen. | | | | | |
| Name Betreiber | |  | | | |
| Rechtsform | |  | Registernummer |  | |
| Straße | |  | Hausnummer |  | |
| PLZ | |  | Ort |  | |
| Telefon | |  | E-Mail |  | |
| Homepage | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Beilagen | |
| Folgende Beilagen sind dem Antrag beigelegt: | |
|  | Registerauszug (Firmenbuch, Unternehmensregister, Vereinsregister) |
|  | Vollmacht (falls vorhanden) |
|  | pflegeheimrechtliche bzw. krankenanstaltenrechtliche Bewilligung (sofern vorhanden) |
|  | Errichtungs-/Betriebsbewilligung gem §§ 22/23 StPBG oder Antrag gem. § 22 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datenschutzrechtliche Bestimmungen | |
|  | Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Anerkennung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden. |
|  | Ich habe die allgemeinen Informationen   * zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; * zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde; * zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten   auf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) gelesen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Unterschrift |  |
|  |
|  |  |
| Datum, Unterschrift (bei Rechtsnachfolge) |  |
|  |