

An
Kreis Mettmann
Der Landrat
Gesundheitsamt, 53-11

Postfach
40806 Mettmann

Antrag auf Erteilung einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO)

1. Angaben zum Antragsteller

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon	Telefax
E-Mail	

2. Angaben zur beabsichtigten Privatklinik

Name(n)	
Rechtsform	
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Telefon	Telefax
E-Mail	

3. Betreiber

Name der natürlichen Person oder Klinikname

3.1 Persönliche Angaben zum Betreiber

- bei juristischen Personen für jedes Mitglied der Geschäftsführung oder des Vorstandes,
- bei Personengesellschaften – wie z.B. OHG – alle geschäftsführungsbefugten Gesellschafter

1.	Name, ggf. Geburtsname	Vorname(n)
	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)
2.	Name, ggf. Geburtsname	Vorname(n)
	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)
3.	Name, ggf. Geburtsname	Vorname(n)
	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)
4.	Name, ggf. Geburtsname	Vorname(n)
	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)
5.	Name, ggf. Geburtsname	Vorname(n)
	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)

4. Anhängige Verfahren der unter Punkt 3.1 aufgeführten Personen

4.1 Anhängige Strafverfahren

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Justizbehörde	Aktenzeichen
---	---------------	--------------

4.2 Anhängige Bußgeldverfahren wegen Verstößen bei einer gewerblichen Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Behörde	Aktenzeichen
---	---------	--------------

4.3 Anhängige Gewerbeuntersagungsverfahren nach § 35 Gewerbeordnung und/oder Rücknahme-/Widerruf einer gewerblichen Erlaubnis

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Behörde	Aktenzeichen
---	---------	--------------

5. Medizinische Indikationsbereiche

(Empty box for medical indications)

5.1 Es handelt sich um eine

<input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik	<input type="checkbox"/> psychiatrische Klinik	<input type="checkbox"/> Entbindungsklinik
<input type="checkbox"/> Zahnklinik	<input type="checkbox"/> sonstige Klinik:	

5.2 An der Klinik werden Operationen durchgeführt

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	-------------------------------

5.3 Anzahl der Klinikbetten

Betten

6. Angaben zum Personal

6.1 Verwaltungsleitung

Name, ggf. Geburtsname		Vorname(n)	
Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde/Kreis/Land)		
Anhängige Strafverfahren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Justizbehörde	Aktenzeichen

6.2 Ärztliche Leitung

Titel, Name	Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang

6.3 Vertretung der ärztlichen Leitung

Titel, Name	Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang

Die ausreichende und dem jeweiligen medizinischen Standard entsprechende pflegerische Versorgung der Patienten ist gewährleistet. Es steht entsprechend der Aufgabenstellung der Einrichtung ausgebildetes Pflegepersonal in ausreichender Zahl ständig zur Verfügung.

Es werden Allgemeinnarkosen durchgeführt bzw. sie sind nicht auszuschließen. Zur Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung steht ein/e Anästhesist/in sowie eine Assistenzperson zur Verfügung. Die Überwachung der Frischoperierten ist personell stets gesichert.

6.7 Anästhesist/in

Titel, Name	Qualifikation, Approbation oder Berufsbezeichnung	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang

6.8 Assistenzpersonal

Titel, Name	Qualifikation oder Berufsbezeichnung	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang

6.9 Hygienefachkräfte

Titel, Name	Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang
Titel, Name	Hygienebeauftragte/r in der Pflege	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang
Titel, Name	Hygienefachkraft	ggf. Urkunde vom	Stellenumfang

7. Angaben zu Kooperationen

<input type="checkbox"/> Die Klinik verfügt über ein eigenes Labor
<input type="checkbox"/> Die Anbindung an folgendes Labor ist sichergestellt: Name und Anschrift des Labors
<input type="checkbox"/> Die Klinik erbringt alle medizinisch-technischen Leistungen selbst
<input type="checkbox"/> Die Anbindung an folgende Einrichtungen für Therapiemaßnahmen und medizinisch-technische Leistungen ist sichergestellt: Name und Anschrift der Einrichtungen
<input type="checkbox"/> Bei einer Entbindungsanstalt steht im Bedarfsfall für eine Krisenintervention die Anbindung an die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des folgenden Krankenhauses zur Verfügung: Name und Anschrift des Krankenhauses

8. Angaben zu den baulich-hygienischen Voraussetzungen

- Ein **Hygieneplan** liegt vor, welcher innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegt.
- Das Reinigungspersonal verfügt über entsprechende hygienische Kenntnisse.

Verantwortlich für die Umsetzung des Hygieneplans ist:

Name und Funktion in der Klinik

- In der Klinik sollen auch Operationen durchgeführt werden. Der **Eingriffsraum** erfüllt die jeweiligen baulich-hygienischen Anforderungen. Nachweise werden auf Verlangen nachgereicht. Die Überwachung der Frischoperierten ist apparativ gesichert. Es werden mindestens ein Defibrillator und auch ein Beatmungsgerät vorgehalten. Daneben ist auch eine Notfall-Labordiagnostik gewährleistet.
- Die ausreichende **Dokumentation** der Krankenhausleistungen ist gewährleistet. Nachweise werden auf Verlangen nachgereicht.
- Ein Qualitätsmanagement ist vorhanden.

Ich/Wir versichere/versichern die Richtigkeit der voranstehenden Angaben. Sollten über die nachfolgenden Unterlagen noch weitere Nachweise für die Konzession erforderlich sein, werden diese auf Verlangen nachgereicht.

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Erforderliche Unterlagen: s. Anlage