

## Beantragung PSNV-Karte

Wir beantragen die  Erstaussstellung  Änderung  Verlängerung  
der PSNV-Karte Schleswig-Holstein für folgende Einsatzkraft:

- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen -

**Name:**  **Geburtsdatum:**   
**Vorname:**  **Kartenummer:**   
(sofern vorhanden)  
**Gültig bis:**   
**Adresse:**

**PSNV-Ausbildungen** (gemäß gültigen Qualitätsstandards) **und PSNV-Fortbildungen** (mind. 2 Tage bzw. 16 UE á 45 Minuten in zwei Jahren pro Funktion). Belege sind beizufügen.

Funktion	Neu	Datum Abschluss*	Datum letzte Fortbildungen
PSNV-B	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-E	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychosoziale Fachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	-----

\* nur bei Erst-Antrag

**PSNV-Führungsausbildungen** (gemäß gültigen Qualitätsstandards) **und PSNV-Führungsfortbildungen** (mind. 2 Tage bzw. 16 UE á 45 Minuten in zwei Jahren pro Funktion) sowie Ernennung durch den Kreis/die Stadt.

Belege sind beizufügen.

Funktion	Neu	Datum Abschluss*	Datum letzte Fortbildungen	Ernennung durch/am
PSNV-Führungsassistenz	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-Leitung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSNV-Fachberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* nur bei Erst-Antrag

Bei Wegfall einer Funktion bitte „Neu“ ankreuzen und diese händisch durchstreichen.

### Erklärung der Einsatzkraft

Hiermit erkläre ich, dass ich

- bereit und in der Lage bin, im aktiven Einsatzdienst der PSNV mitzuwirken,
- die vom Land vorgegebenen Qualitätsstandards erfülle und einhalte,
- in und nach allen Einsätzen auf meine Sicherheit und Gesundheit achte,
- die zugehörige Datenschutzerklärung gelesen habe und ihr zustimme.

Datum und Unterschrift der Einsatzkraft:

### Erklärung der beantragenden Organisation

Hiermit erklären wir, dass

- wir die vom Land vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen und einhalten,
- wir unsere Fürsorgepflicht für obige Einsatzkraft auch im Bereich PSNV-E wahrnehmen,
- die oben genannte Einsatzkraft persönlich für Einsätze im Bereich PSNV geeignet ist.

**Wir setzen die Einsatzkraft in folgendem Bereich ein** *(bitte ankreuzen):*

PSNV-B

PSNV-E

Ein weiterer Antrag für die PSNV-Karte wurde zeitgleich bei einer anderen Organisation gestellt

Nein

Ja  bei

**Name Unterzeichner/in:**

**Ort, Datum:**

**Unterschrift, Dienstsiegel:**

**Name Vertreterin/Vertreter Landeskonferenz:**

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**

Datum Eingang LZS PSKM:

Karte erstellt

ja  nein  , weil

Funktion(en) gültig bis

Stand: 08/2024