

Selbstauskunftsbogen stationäre Pflegeeinrichtung
Allgemeine Angaben

Angaben zur Einrichtung	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Institutionskennzeichen (IK) 1. 2.	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internetadresse:	
Träger / Inhaber:	
Ansschrift:	
Trägerart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln	Einrichtungsart: <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
ggf. Verband:	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag:	
Datum der Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung:	
Name der Einrichtungsleitung:	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft:	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft:	
ggf. vorhandene Zweigstellen:	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	
Email der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	

*DCS = Daten-Clearing-Stelle

Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	(TT.MM.JJJJ)
---	---------------------

Letzte Prüfung einer anderen Prüfinstitution	(TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Sonstige, welche:	
<input type="checkbox"/> Keine Angaben:	

Art der Einrichtung und Versorgungssituation		
	Vollstationäre Pflege	Solitäre Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze		
	Vollstationäre Pflege (Langzeit):	Eingestreute Kurzzeitpflege:
Belegte Plätze:		

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad				
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Summe:								

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl der versorgten Personen mit:	
1. Wachkoma	
2. Beatmungspflicht	
3. Dekubitus	
4. Blasenkatheter	
5. PEG-Sonde	
6. Fixierung	
7. Kontraktur	
8. Vollständiger Immobilität	
9. Tracheostoma	
10. Multiresistenten Erregern	

Beispiel erfassung: Zusammensetzung Personal

Bitte füllen Sie die nachfolgende **Personaltabelle** - wie hier im Beispiel angegeben aus.

Der Eintrag zum Stellenumfang bezieht sich auf die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In diesem Beispiel sind:

- 1 verantwortliche Pflegefachkraft in Vollzeit mit 40 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen in Vollzeit mit jeweils 40 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen in Teilzeit mit jeweils 20 Std/ Woche
- 1 Altenpfleger*in in Teilzeit mit 35 Std/ Woche
- 2 Altenpfleger*innen mit jeweils 8 Std/ Woche geringfügig beschäftigt.

Beispiel:

	Vollzeit z. B. 40 Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
Funktion / Qualifikation	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang in Std./Woche	Anzahl MA	Stellenumfang in Std./Woche
Verantwortliche Pflegefachkraft	1				
Altenpfleger/in	2	2 1	20 35	2	8

Zusammensetzung Personal

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (Direkt in der Einrichtung Beschäftigte, ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)					
Funktion / Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Text Std./Woche	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Pflege					
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in					

Funktion / Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Text Std./Woche	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellenumfang
	Anzahl Mitarbeiter (MA)				
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
Angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Bundesfreiwilligendienst- Leistende					
Sonstige					
Zusätzliches Personal nach PpSG* (§ 8 Abs. 6 SGB XI)					
Betreuung					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in					
Sonstige					
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium)					
Hilfskräfte und angelernte Kräfte					

* PpSG = Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung /
verantwortlichen Pflegefachkraft