

Selbstauskunftsbogen teilstationäre Pflegeeinrichtung

Angaben zur Einrichtung	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Institutionskennzeichen (IK)	
1.	
2.	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internetadresse:	
Träger/Inhaber: Anschrift:	
Trägerart:	
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln	
ggf. Verband Anschrift	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag:	
Datum der Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtungsleitung:	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft:	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft:	
ggf. vorhandene Zweigstellen:	
Zertifizierung:	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor Wenn ja, wann und durch wen zertifiziert

Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	
Email der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	
Rufnummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	
Fax-Nummer der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	

Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	(TT.MM.JJJJ) Klicken
durch	<input type="checkbox"/> den Medizinische Dienst Westfalen-Lippe <input type="checkbox"/> den Prüfdienst der PKV

Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen	(TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Sonstige: Klicken	
<input type="checkbox"/> Keine Angaben	

Art der Einrichtung und Versorgungssituation		
	Teilstationäre Pflegetag	Teilstationäre Pflegetnacht
vorgehaltene Plätze		
belegte Plätze (am Tag der Qualitätsprüfung)		
	<input type="checkbox"/> angegliedert <input type="checkbox"/> solitär	

Struktur der teilstationären Pflege				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad				
Teilstationäre Pflege	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Gäste	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
Tagesgäste (am Tag der Qualitätsprüfung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Tagesgäste (am Tag der Qualitätsprüfung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl der Gäste mit:	
a. Wachkoma	
b. Beatmungspflicht	
c. Dekubitus	
d. Blasenkatheter	
e. PEG-Sonde	
f. Fixierung	
g. Kontraktur	
h. Vollständiger Immobilität	
i. Tracheostoma	
j. Multiresistenten Erregern	

Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher?		

Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher		

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	durch wen?	
<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen		
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
<input type="checkbox"/> Betreuung		
<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
<input type="checkbox"/> Hausreinigung		

Betreuung	
Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch wen und mit welchem Stellenumfang?	

Zusätzliche Betreuungskräfte	
Haben Sie auf Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, mit welchem Stellenumfang (auf Basis der üblichen wöchentlichen Arbeitszeit)?	

Beispiel: 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:

Funktion / Qualifikation	Vollzeit z. B. 40 Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	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

Mitarbeiter mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten. Nur die Mitarbeiter sind in der Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind. **Mitarbeiter externer Leistungserbringer bleiben in der Tabelle unberücksichtigt.**

Sofern Bundesfreiwilligendienstleistende und Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres auch außerhalb der Pflege eingesetzt werden (z.B. Soziale Betreuung, Hauswirtschaft), ist dies im Freitext zu vermerken.

Zusammensetzung Personal

Basis für Vollzeit Stunden / Woche: _____

Geeignete Kräfte	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügige Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in					
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
Angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Bundesfreiwilligendienst-Leistende					
Sonstige					

Geeignete Kräfte	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügige Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Betreuung					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in					
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI					
Sonstige					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium)					
Hilfskräfte und angelernte Kräfte					

Freitext / Anmerkungen: _____

Die unter „**Sonstige**“ aufgeführten Mitarbeiter sind in der folgenden Tabelle zusätzlich zu benennen.

Vor- u. Zuname	Stellenumfang	Qualifikation	Funktion in der Einrichtung

_____, den
Ort

Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung /
verantwortlichen Pflegefachkraft