

Selbstauskunftsbogen ambulante Betreuungsdienste

| Daten zum ambulanten Betreuungsdienst | |
|--|--|
| Name | |
| Straße | |
| PLZ/Ort | |
| Institutionskennzeichen (IK) | |
| 1. | |
| 2. | |
| Telefon | |
| Fax | |
| E-Mail | |
| Internetadresse | |
| Träger/Inhaber | |
| Anschrift des Trägers/Inhabers | |
| Trägerart | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| Ggf. Verband | |
| Datum des Abschlusses des Versorgungsvertrags | |
| Datum der Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes | |
| Name der verantwortlichen Pflegefachkraft | |
| Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft | |
| Ggf. vorhandene Zweigstelle/Filiale | <input type="checkbox"/> Ja, Adresse: <input type="checkbox"/> Nein |

| | |
|--|------------|
| Letzte Prüfung durch andere Prüfinstitutionen | TT.MM.JJJJ |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) | |
| <input type="checkbox"/> Keine Angaben | |

| | | | | |
|-----------------------|---------------------|--|--|--|
| | Gesamt ³ | davon: | | |
| | | ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen | ausschließlich Hilfe bei der Haushaltsführung | kombinierte pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfe bei der Haushaltsführung |
| Versorgte Personen | | | | |

2 Die Daten-Clearing-Stelle (DCS) stimmt die Transparenzberichte auf Landesebene zwischen den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst/PKV-Prüfdienst und den Pflegeeinrichtungen ab und übermittelt die Transparenzberichte (Pflegetoten) an die Veröffentlichungsplattformen.

3 In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom ambulanten Betreuungsdiensten versorgten Personen, unabhängig vom Kostenträger (SGB XI, SGB V, Sonstige), zu erfassen.

Beispiel erfassung: Zusammensetzung Personal

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

Der Eintrag zum Stellenumfang bezieht sich auf die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden der einzelnen Mitarbeitenden.

In diesem Beispiel sind:

- 1 verantwortliche Fachkraft in Vollzeit mit 40 Std./Woche
- 2 Betreuungskräfte in Vollzeit mit jeweils 40 Std./Woche
- 2 Betreuungskräfte in Teilzeit mit jeweils 20 Std./Woche
- 1 Betreuungskraft in Teilzeit mit 35 Std./Woche
- 2 Betreuungskräfte mit jeweils 8 Std./Woche geringfügig

beschäftigt.

| | Vollzeit z. B. 40 Std./Woche | Teilzeit | | Geringfügig Beschäftigte | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Funktion/ Qualifikation | Anzahl der Mitarbeitenden | Anzahl der Mitarbeitenden | Stellenumfang in Std./Woche | Anzahl der Mitarbeitenden | Stellenumfang in Std./Woche |
| Verantwortliche Fachkraft | 1 | | | | |
| Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI | 2 | 2 1 | 20 35 | 2 | 8 |

Zusammensetzung des Personals – Basis: Vollzeit (Std./Woche)

| Nach Angaben der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung des Personals: | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| | Vollzeit z. B. 40 Std./Woche | Teilzeit | | Geringfügig Beschäftigte | |
| Geeignete Kräfte | Anzahl der Mitarbeitenden | Anzahl der Mitarbeitenden | Stellenumfang in Std./Woche | Anzahl der Mitarbeitenden | Stellenumfang in Std./Woche |
| Verantwortliche Fachkraft | | | | | |
| Stellvertretende verantwortliche Fachkraft | | | | | |
| Betreuungskräfte nach § 53 c SGB XI | | | | | |
| Hauswirtschaftliche Mitarbeitende | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung/
verantwortlichen Pflegekraft