

Selbstauskunftsbogen häusliche Krankenpflege
nach §§ 275b SGB V

Daten zum Leistungserbringer	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
1.	
2.	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internetadresse	
Träger/Inhaber	
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 des Abschlusses des Versorgungsvertrags	
Datum der Inbetriebnahme des Leistungserbringers ¹	

¹Hier ist anzugeben, seit wann der Leistungserbringer unter dem jetzigen Träger besteht.

Verantwortliche Pflegefachkraft	
Name	
Seit wann ist die Person in dieser Position?	
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen benannt?	<input type="checkbox"/> Ja, bitte Nachtrag/Zusatzvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Kopie beifügen <input type="checkbox"/> Nein, bitte Urkunde der staatlichen Anerkennung und Nachweis der leistungsbezogenen Weiterbildung in Kopie beifügen
Die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> ausreichende Berufserfahrung <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Weiterbildung zur Leistungsqualifikation
Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?	_____ Std./Woche
Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	<input type="checkbox"/> Ja → _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> Nein

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft	
Name	
Seit wann ist die Person in dieser Position?	
Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen benannt?	<input type="checkbox"/> Ja, bitte Nachtrag/Zusatzvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in Kopie beifügen <input type="checkbox"/> Nein, bitte Urkunde der staatlichen Anerkennung in Kopie beifügen
Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Pflegefachkraft <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Ggf. vorhandene Zweigstelle/Filiale	<input type="checkbox"/> Ja, Adresse <input type="checkbox"/> Nein
Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Liegt vor (Unternehmen bitte benennen) <input type="checkbox"/> Liegt nicht vor

Prüfungsrelevante Eigenschaften des Leistungserbringers	<input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt einer Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> Leistungserbringer unterliegt keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI <input type="checkbox"/> anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V	
Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinien durch den Leistungserbringer erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige (welche?) <input type="checkbox"/> Keine Angabe	____.____.____TT.MM.JJJJ

	Gesamt ³	Davon Leistungsempfänger nach		SGB XI und SGB V	Sonstige
		Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V		
Versorgte Personen					
Davon ggf. nach Schwerpunkt versorgt		Anzahl			

²Vorliegen einer anzeigepflichtigen Intensivpflegerischen Versorgung von mindestens zwei Versicherten in einer Wohneinheit nach § 132a Abs. 4 Satz 14 SGB V.

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

Nach Angaben des Leistungserbringers: Anzahl versorgter Personen mit:	
a. Wachkoma	
b. Beatmungspflicht	
c. Dekubitus	
d. Blasenkatheter	
e. PEG-Sonde	
f. Fixierung	
g. Kontraktur	
h. vollständiger Immobilität	
i. Tracheostoma	
j. multiresistenten Erregern	

Nach Angaben des Leistungserbringers: Anzahl versorgter Personen mit folgenden Leistungen nach HKP-Richtlinien:		
a. Ziffer 6	Absaugen	
b. Ziffer 8	Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung	
c. Ziffer 24	Krankenbeobachtung, speziell	
d. Ziffer 29	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der	
e. Ziffer 30	Venenkatheter, Pflege des zentralen	
f. Ziffer 31a	Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde	

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Leistung	und durch wen*?
<input type="checkbox"/> Grundpflege	
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Versorgung	
<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft	
<input type="checkbox"/> Nachtdienst	

*Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z. B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen. **Bitte Kooperationsvertrag in Kopie beifügen.**

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung/
verantwortlichen Pflegekraft