

Selbstauskunftsbogen stationäre Pflegeeinrichtung

Angaben zur Einrichtung	
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
Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
Ggf. Verband	
Datum des Abschlusses des Versorgungsvertrags	
Datum der Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
Ggf. vorhandene Zweigstelle/Filiale	<input type="checkbox"/> Ja, Adresse: <input type="checkbox"/> Nein

Ansprechperson für die DCS*	
Name	
E-Mail	

*DCS = Daten-Clearing-Stelle

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

Letzte Prüfung durch eine 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)	Eingestreuete Kurzzeitpflege
Belegte Plätze		

Struktur der Wohn- und Pflegebereiche (nach Angaben der Pflegeeinrichtung)								
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl versorgte Personen	Kein Pflegegrad	Davon nach SGB XI eingestuft in 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 Angaben der Pflegeeinrichtung: 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	

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 Mitarbeitenden.

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 der Mitarbeitenden	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche
Verantwortliche Pflegefachkraft	1				
Altenpfleger/in	2	2 1	20 35	2	8

Mitarbeitende mit Qualifikationen, die nicht zugeordnet werden können, sind unter „Sonstige“ aufzulisten.

Nur die Mitarbeitenden sind in der Liste aufzunehmen, die in der Pflegeeinrichtung direkt beschäftigt sind.

Mitarbeitende 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

Nach Angaben der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal

(Direkt in der Einrichtung Beschäftigte, ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)

Funktion/Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl der Mitarbeitenden	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche
Pflege					
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. Verantwortliche Pflegekraft					
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					

Zusätzliches Personal nach PpSG* (§ 8 Abs. 6 SGB XI)					
--	--	--	--	--	--

	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
Geeignete Kräfte	Anzahl der Mitarbeitenden	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche	Anzahl der Mitarbeitenden	Stellenumfang in Std./Woche
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

Die derzeit im Dokument verwendeten Berufsbezeichnungen beruhen auf Anforderungen der derzeit gültigen Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) und entsprechen nicht vollständig den aktuell vorhandenen Berufsbezeichnungen. Derzeit werden die QPR evaluiert, es ist davon auszugehen, dass im Zuge dessen auch die Berufsbezeichnungen angepasst werden. Eine Änderung durch den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe ist nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung/
verantwortlichen Pflegekraft