

Selbstauskunftsbogen teilstationäre 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
Ggf. Verband Anschrift	
Datum des Abschlusses des Versorgungsvertrags	
Datum der Inbetriebnahme der teilstationären Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
Ggf. vorhandene Zweigstelle/Filiale	
Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Liegt vor <input type="checkbox"/> Liegt nicht vor Falls ja: Wann und durch wen wurde die Zertifizierung durchgeführt?

Ansprechperson für die DCS*	
Name	
E-Mail	
Telefon	
Fax	

Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	____.____.____ (TT.MM.JJJJ)
Geprüft durch	<input type="checkbox"/> Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe <input type="checkbox"/> 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 (welche?)	
<input type="checkbox"/> Keine Angaben	

Art der Einrichtung und Versorgungssituation		
	Teilstationäre Pflegetage	Teilstationäre Pflegenächte
Vorgehaltene Plätze		
Belegte Plätze (am Tag der Qualitätsprüfung)		
	<input type="checkbox"/> angegliedert <input type="checkbox"/> solitär	

Struktur der teilstationären Pflege								
Teilstationäre Pflege	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl der Gäste	Kein Pflegegrad	Davon nach SGB XI eingestuft in 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 Angaben 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, welche?	

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 Mitarbeitende koordiniert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch wen und mit welchem Stellenumfang? _____ Std./Woche	

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? _____ Std./Woche	

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 Mitarbeiter*innen.

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 Pflegekraft	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

Basis für Vollzeit Std./Woche

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

Die derzeit im Dokument verwendeten Berufsbezeichnungen beruhen auf den Anforderungen der derzeit gültigen Qualitätsprüfungs-Richtlinien (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.

	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					
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 Mitarbeitenden sind in der folgenden Tabelle zusätzlich zu benennen.

Vor- und Nachname	Stellenumfang	Qualifikation	Funktion In der Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift der Einrichtungsleitung/
verantwortlichen Pflegekraft