|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **M/Info** | | | |
| **1.2** | | **Daten zur Einrichtung** | |
| **a.** |  | **Name** |  |
| **b.** |  | **Straße** |  |
| **c.** |  | **PLZ/Ort** |  |
| **d.** |  | **Institutions-kennzeichen (IK)** | **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4.** |
| **e.** |  | **Telefon** |  |
| **f.** |  | **Fax** |  |
| **g.** |  | **E-Mail** |  |
| **h.** |  | **Internet-Adresse** |  |
| **i.** |  | **Träger/Inhaber** |  |
| **j.** |  | **Trägerart** | privat |
|  |  |  | freigemeinnützig |
|  |  |  | öffentlich |
|  |  |  | nicht zu ermitteln |
| **k.** |  | **ggf. Verband** |  |
| **l.** |  | **Einrichtungsart** | stationär |
|  |  |  | teilstationär |
|  |  |  | Kurzzeitpflege |
| **m** |  | **Datum Abschluss Versorgungsvertrag** |  |
| **n.** |  | **Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung** |  |
| **o.** |  | **Heimleitung Name** |  |
| **p.** |  | **Verantw. PFK Name** |  |
| **q.** |  | **Stellv. verantw. PFK Name** |  |
| **r.** |  | **ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen** |  |
| **s.** |  | **Zertifizierung** | liegt vor |
|  | liegt nicht vor |
| **t.** |  | **Name des Ansprechpartners für die DCS** |  |
| **u.** |  | **E-Mail des Ansprechpartners für die DCS** |  |
| **v.** |  | **Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS** |  |
| **w.** |  | **Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **M/Info** | | | | |
| **1.4** | | **Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI** | | |
| **e.** |  | Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI |  | |
|  |  |  | TT.MM.JJJJ | |
|  |  |  |  | TT.MM.JJJJ |
| **f.** |  | Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen | Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde |  |
|  |  |  | Gesundheitsamt |  |
|  |  |  | Sonstige |  |
|  |  |  | keine Angaben |  |

| **1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **voll-stationäre Pflege** | **Kurz- zeit- pflege** | **teilstat. Pflege -  Tag** | **teilstat. Pflege - Nacht** | **ggf. Bewohner im Schwer-punkt** |
| vorgehaltene Plätze |  |  |  |  |  |
| belegte Plätze |  |  |  |  |  |
| **davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform** | | | | | |
|  | an­gegliedert |  |  |  |  |
| ein­gestreut |  |  |  |  |
| solitär |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.6** | Struktur der Wohn- und Pflegebereiche ***Belegte Plätze:***  *Hier sind alle Personen aufzunehmen, die Sie derzeit versorgen  (auch Krankenhausbehandlung, Urlaub etc.)* | | | | | | | | | |
|  | Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe hat die stationäre Pflegeeinrichtung eine vollständige nach Pflegegraden (Pflegegrad 1 und 2 in einer gemeinsamen Gruppe) sortierte Liste der Bewohnerinnen und Bewohner mit Namen vorzulegen, innerhalb der Pflegegrade (Pflegegrad 1 und 2 in einer gemeinsamen Gruppe) sind die Bewohnerinnen und Bewohner in alphabetischer Reihenfolge zu listen. | | | | | | | | | |
| **Wohn-/Pflege-bereich** | | **Bereich auf 1 Ebene** | **Anzahl**  **Bewohner** | **davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad** | | | | | | | |
|  | |  |  | keiner | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | noch nicht eingestuft | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | ja  nein |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Gesamt | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.7** | | **Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:** | |
| **a.** | Wachkoma | |  |
| **b.** | Beatmungspflicht | |  |
| **c.** | Dekubitus | |  |
| **d.** | Blasenkatheter | |  |
| **e.** | PEG-Sonde | |  |
| **f.** | Fixierung | |  |
| **g.** | Kontraktur | |  |
| **h.** | vollständiger Immobilität | |  |
| **i.** | Tracheostoma | |  |
| **j.** | MRSA | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **M/Info** | | | **ja** | **nein** |
| **1.8** | | **Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?** |  |  |
|  |  | Wenn ja, welcher? |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **M/Info** | | | **ja** | **nein** |
| **1.10** | | **Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?** |  |  |
|  |  | Wenn ja, welche? |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **/Info** | | | **ja** | **nein** |
| **1.11** | | **Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?** |  |  |
|  |  | **Wenn ja, welche?** |  |  |
| **a.** |  | Körperbezogene Pflegemaßnahmen |  |  |
| **b.** |  | Behandlungspflege |  |  |
| **c.** |  | Betreuung |  |  |
| **d.** |  | Speisen- und Getränkeversorgung |  |  |
| **e.** |  | Wäscheversorgung |  |  |
| **f.** |  | Hausreinigung |  |  |

| **Wenn ja, benennen Sie bitte Ihre Kooperationspartner.** |
| --- |

**Stellenumfang - Mitarbeiter für die Betreuung (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach  
§ 85 Abs. 8 SGB XI)**

| **VZÄ:** **Std./Woche** | **Anzahl der Mitarbeiter** | **Stellenumfang in Std./Woche** |
| --- | --- | --- |
| Mitarbeiter Betreuung (ohne Mitarbeiter nach § 85 Abs. 8 SGB XI) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Stellenumfang - Mitarbeiter nach § 85 Abs. 8 SGB XI - zusätzliche Betreuungskräfte**

| **VZÄ:       Std./Woche** | **Anzahl der Mitarbeiter** | **Stellenumfang in Std./Woche** |
| --- | --- | --- |
| Mitarbeiter nach § 85 Abs. 8 SGB XI - zusätzliche Betreuungskräfte |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |