|  |
| --- |
| **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.** |  | **HeimleitungName** |       |
| **p.** |  | **Verantw. PFKName** |       |
| **q.** |  | **Stellv. verantw. PFKName** |       |
| **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 |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |
|       |  |  |