

M/Info	
<b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>	
<b>a. Name</b>	
<b>b. Straße</b>	
<b>c. PLZ/Ort</b>	
<b>d. Institutions-kennzeichen (IK)</b>	<b>1.</b>
	<b>2.</b>
	<b>3.</b>
	<b>4.</b>
<b>e. Telefon</b>	
<b>f. Fax</b>	
<b>g. E-Mail</b>	
<b>h. Internet-Adresse</b>	
<b>i. Träger/Inhaber</b>	
<b>j. Trägerart</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
<b>k. ggf. Verband</b>	
<b>l. Einrichtungsart</b>	<input type="checkbox"/> stationär
	<input type="checkbox"/> teilstationär

	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
<b>m</b> Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
<b>n.</b> Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
<b>o.</b> Heimleitung Name	
<b>p.</b> Verantw. PFK Name	
<b>q.</b> Stellv. verantw. PFK Name	
<b>r.</b> ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
<b>s.</b> Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
<b>t.</b> Name des Ansprechpartners für die DCS	
<b>u.</b> E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	
<b>v.</b> Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS	
<b>w.</b> Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS	

<b>M/Info</b>		
<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>		
<b>e.</b> Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI		
	TT.MM.JJJJ	
<b>f.</b> Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

<b>1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b>					
	<b>voll-stationäre Pflege</b>	<b>Kurz-zeit-pflege</b>	<b>teilstat. Pflege - Tag</b>	<b>teilstat. Pflege - Nacht</b>	<b>ggf. Bewohner im Schwerpunkt</b>
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
<b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b>					
	an-gegliedert				
	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 Bewoh- ner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
	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 <input type="checkbox"/>								
Gesamt									

**1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:**

<b>a.</b> Wachkoma	
<b>b.</b> Beatmungspflicht	
<b>c.</b> Dekubitus	
<b>d.</b> Blasenkatheter	
<b>e.</b> PEG-Sonde	
<b>f.</b> Fixierung	
<b>g.</b> Kontraktur	
<b>h.</b> vollständiger Immobilität	
<b>i.</b> Tracheostoma	
<b>j.</b> MRSA	

M/Info		ja	nein
<b>1.8</b>	<b>Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

M/Info		ja	nein
<b>1.10</b>	<b>Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			

/Info		ja	nein
<b>1.11</b>	<b>Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche?</b>			
<b>a.</b>	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen		
<b>b.</b>	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
<b>c.</b>	<input type="checkbox"/> Betreuung		
<b>d.</b>	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung		
<b>e.</b>	<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung		
<b>f.</b>	<input type="checkbox"/> 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			

<b>VZÄ:</b>	<b>Std./Woche</b>	<b>Anzahl der Mitarbeiter</b>	<b>Stellenumfang in Std./Woche</b>