

## Selbstauskunftsbogen stationäre Pflegeeinrichtung

Allgemeine Angaben

Angaben zur Einrichtung:	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Institutionskennzeichen (IK)	
1.	
2.	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internetadresse:	
Träger/Inhaber:	
<b>Trägerart:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln	<b>Einrichtungsart:</b> <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
ggf. Verband:	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag:	
Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung:	
Name der <b>Einrichtungsleitung</b> :	
Name der <b>verantwortlichen Pflegefachkraft</b> :	
Name der <b>stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft</b> :	
ggf. vorhandene Zweigstellen:	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*:	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS:	

\* DCS = Daten-Clearing-Stelle

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	1 von 4	14.03.2023	1.3	14.03.2023/V.Gualdi

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

<b>Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen</b>	<b>(TT.MM.JJJJ)</b>
<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:			

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
				davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad				
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
	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"/>							
<b>Summe</b>								

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	2 von 4	14.03.2023	1.3	14.03.2023/V.Gualdi

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl der versorgten Personen mit:	
1. Wachkoma	
2. Beatmungspflicht	
3. Dekubitus	
4. Blasenkatheter	
5. PEG-Sonde	
6. Fixierung	
7. Kontraktur	
8. Vollständiger Immobilität	
9. Tracheostoma	
10. Multiresistenten Erregern	

### Beispielerausfassung: Zusammensetzung Personal

Bitte füllen Sie die nachfolgende **Personaltabelle** - wie hier im Beispiel angegeben - aus.

Funktion/Qualifikation	Vollzeit z.B. 40 Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Verantwortliche Pflegefachkraft	1				
Altenpfleger/in	2	2 1	20 30	2	4

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (Direkt in der Einrichtung Beschäftigte, ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)					
Funktion/Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
	_____ Std./Woche	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellenumfang
<b>Pflege</b>					
Verantwortliche Pflegefachkraft					
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in					

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	3 von 4	14.03.2023	1.3	14.03.2023/V.Gualdi

Funktion/Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		Geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
Angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Bundesfreiwilligendienst-Leistende					
Sonstige					
Zusätzliches Personal nach PpSG* (§ 8 Abs. 6 SGB XI)					
<b>Betreuung</b>					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in					
Sonstige					
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI					
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b>					
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium)					
Hilfskräfte und angelernte Kräfte					
Sonstige					

\* PpSG = Pflegepersonal-Stärkungsgesetz

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der  
Einrichtungsleitung/verantwortlichen Pflegefachkraft

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	4 von 4	14.03.2023	1.3	14.03.2023/V.Gualdi