



## Selbstauskunftsbogen ambulante Betreuungsdienste

Daten zum ambulanten Betreuungsdienst	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutions- kennzeichen (IK)	1. 2.
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber Anschrift	
Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
ggf. Verband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes	
Verantwortliche Fachkraft Name	
Stellv. verantwortliche Fachkraft Name	
ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	

Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	(TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt:	
<input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____	
<input type="checkbox"/> keine Angaben:	

Versorgungssituation				
	Gesamt	davon		
		ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	kombiniert pflegerische Betreuungs- maßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung
<b>Versorgte Personen</b>				

In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom ambulanten Betreuungsdienst versorgten Personen zu erfassen.

## Beispielerausfassung: Zusammensetzung Personal

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

	Vollzeit 40 Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang
<b>Geeignete Kräfte</b>					
<b>Verantwortliche Fachkraft</b>	1				
<b>Stellvertretende verantwortliche Fachkraft</b>		1	30		
<b>Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI</b>	2	1 2	20 10	1	4

Zusammensetzung Personal					
	Vollzeit Std./Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
	Anzahl Mitarbeiter (MA)	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang
<b>Geeignete Kräfte</b>					
<b>Verantwortliche Fachkraft</b>					
<b>Stellvertretende verantwortliche Fachkraft</b>					
<b>Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI</b>					
<b>Hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</b>					

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der  
verantwortlichen Fachkraft

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	3 von 3	05.05.2022	1.2	04.05.2022/V.Gualdi