



Selbstauskunftsbogen stationäre Pflegeeinrichtung

Allgemeine Angaben

Angaben zur Einrichtung:	
Name:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Institutionskennzeichen (IK) 1. 2.	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Internetadresse:	
Träger/Inhaber:	
Anschrift:	
Trägerart: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln	Einrichtungsart: <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
ggf. Verband:	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag:	
Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung:	
Name der Einrichtungsleitung :	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft :	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft :	
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	28.07.2022	1.2	28.07.2022/V.Gualdi

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

Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	(TT.MM.JJJJ)
<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"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
Summe								

Dokumentenersteller	Seite	Datum	Bearbeitungsstand	Freigabe erfolgt am/von:
AG QPR	2 von 4	28.07.2022	1.2	28.07.2022/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
Pflege					
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	28.07.2022	1.2	28.07.2022/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)					
Betreuung					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/in					
Sonstige					
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
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	28.07.2022	1.2	28.07.2022/V.Gualdi