

Angaben zu Ihrer Pflegeeinrichtung	
Name	
Straße	
PLZ / Ort	
IK-Nummer	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Datum Versorgungsvertrag (TT.MM.JJ)	
Datum Inbetriebnahme (TT.MM.JJ)	
Datum der letzten Prüfung durch das Gesundheitsamt	
Zertifizierung liegt vor	Ja Nein

Erklärung der qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung/ des Trägers

Nach § 115 SGB XI hat der MDK das Ergebnis der Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen

- den Landesverbänden der Pflegekassen
- den zuständigen Sozialhilfeträgern
- der betroffenen Pflegeeinrichtung

mitzuteilen.

Wenn Ihr Träger einverstanden ist, versenden wir (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg) den Prüfbericht auch an Ihren Verband in dem Sie Mitglied sind.

Träger Ihrer Pflegeeinrichtung

Name: _____

Adresse: _____

Der Träger ist mit der Versendung des Prüfberichtes an Ihren ...

... Verband _____, in dem Sie Mitglied sind (zum Beispiel: BAD, bpa, Caritasverband, Diakonisches Werk, VDAB, etc.), einverstanden:

Ja

Nein

Der Träger Ihrer Pflegeeinrichtung ist damit einverstanden, dass der Prüfbericht an alle gesetzlich definierten Empfänger, den Träger und bei vorliegender Einwilligung auch an den Verband in dem er Mitglied ist,

per Mail versendet wird.

E-Mail des Trägers/ der Einrichtung für die Zustellung des Prüfberichtes	
--	--

oder

per Post versendet wird.

Das Informationsschreiben zur Online-Zufriedenheitsbefragung haben wir erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel der Pflegeeinrichtung:

Bitte machen Sie uns folgende Angaben zu den von Ihnen versorgten Pflegebedürftigen: (entspricht der Prüffrage 1.7 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien)	Anzahl Pflegebedürftige
Wachkoma	
Beatmungspflichtig	
Dekubitus (Pflegebedürftige mit einem Dekubitus ab Kategorie II)	
Blasenverweilkatheter (Pflegebedürftige mit einem transurethralen oder suprapubischen Blasenverweilkatheter)	
PEG-Sonde	
Fixierung (Pflegebedürftige bei denen FEM zur Anwendung kommen, unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (Pflegebedürftige bei denen ein physiologischer Bewegungsablauf wegen versteifter Gelenke nicht mehr möglich ist)	
Vollständige Immobilität (Pflegebedürftige die nicht in der Lage sind selbstständig eine Lageveränderung im Bett vorzunehmen)	
Tracheostoma	
MRSA	

Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?**Zutreffendes bitte ankreuzen.**

Körperbezogene Pflegemaßnahmen	Speisen- und Getränkeversorgung
Behandlungspflege	Wäscheversorgung
Betreuung	Hausreinigung

Bieten Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI an?

Ja	Nein
----	------

Wohnbereich	auf einer Ebene (ja/nein)	Anzahl Pflegebedürftige	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						noch nicht eingestuft
			keiner	1	2	3	4	5	
Gesamt:									

Ist mit Ihrer Pflegeeinrichtung ein pflegfachlicher Schwerpunkt vertraglich vereinbart?

Ja

Nein

Welcher?.....

Hat Ihre stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i.V.m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem Stellemumfang?

.....

Welche Wochenarbeitszeit gilt in Ihrer Einrichtung als Vollzeit?

(z.B. 38,5 Std./Woche oder 40 Std./Woche)

..... Stunden/Woche

Bitte geben Sie den Stellenumfang bei Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten in Stunden pro Woche an.

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamt- stellen in Vollzeit
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger-/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger-/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamt- stellen in Vollzeit
Pflege						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						
Sonstige						
Betreuung						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI						
Sonstige						

Verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname	
Berufsbezeichnung: (z.B. Altenpfleger/in Gesundheits- u. Krankenpfleger/in)	
Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche:	
In der Pflegeeinrichtung, in dieser Position tätig seit?	

	Ja	Nein	Stundenumfang pro Woche
Tätigkeit in der direkten Pflege und Betreuung			

	Ja	Nein	Tätigkeit	Stundenumfang pro Woche
Tätigkeit in anderer Funktion (z.B. Personalunion verantwortliche Pflegefachkraft/ Leitung der Tagespflege)				

	Bezeichnung der Weiterbildung	Stundenzahl der Weiterbildung	Anmerkungen
Weiterbildungsmaßnahmen für Leistungsqualifikation			

Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

Name, Vorname	
Berufsbezeichnung: (z.B. Altenpfleger/in Gesundheits- u. Krankenpfleger/in)	
Beschäftigungsumfang Stunden pro Woche:	

Datum _____ Unterschrift _____

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung legen Sie bitte ZUR MITNAHME bereit:

- Selbstauskunftsbogen der verantwortlichen Pflegefachkraft
- Einverständniserklärung für das Versenden des Prüfberichtes
- Information zur Zusammensetzung des Personals mit Angaben zur Berufsbezeichnung und zum Beschäftigungsumfang **in Stunden pro Woche**

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung empfehlen wir Ihnen folgende Unterlagen

ZUR EINSICHT bereitzulegen:

- schriftlicher Nachweis, dass die Pflegebedürftigen bei der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mitwirken können
- Einrichtungskonzept / Pflegekonzept/ Versorgungsvertrag
- Belege für Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen
- Nachweis zur fachlichen Anleitung/ Überprüfung von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung, die körperbezogene Pflegemaßnahmen durchführen^{4.3}
- aktueller Dienstplan
- zu den beiden zufällig ausgewählten Expertenstandards:
 - die einrichtungsintern angepasste Version des Expertenstandards
 - Schulungsnachweise
- Handzeichenliste mit Qualifikation der Mitarbeiter
- Fortbildungsnachweise in Erste Hilfe und Notfallmaßnahmen
- Nachweise zum Umgang mit Beschwerden
- Hygieneplan
- Verfahrensanweisung/Regelung/Standard zum Umgang mit MRSA
- Nachweis zur Schulung der Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA ^{6.4}
- Speiseplan ^{7.1}
- Regelung z. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (z.B. Konzept zur Ernährungsversorgung)
- Nachweis der festgelegten Zeitkorridore der Mahlzeiten ^{7.3}
- Konzept zur Betreuung (Gruppenangebote und Einzelangebote)
- Wochenpläne der Gruppenangebote der letzten drei Monate
- Nachweise über die Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß Betreuungskräfte-RI
- Nachweise über jährliche Fortbildungen der zusätzlichen Betreuungskräfte gemäß Betreuungskräfte-RI
- Regelung zur Eingewöhnungsphase, Nachweise zur Begleitung des Pflegebedürftigen während der Eingewöhnungsphase