



Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Allgemeine Angaben Daten zum Pflegedienst | |
|--|--|
| Name | |
| Straße | |
| PLZ/Ort | |
| Institutionskennzeichen (IK) gemäß SGB XI | |
| Telefon | |
| Fax | |
| E-Mail | |
| Internetadresse | |
| Träger/Inhaber & E-Mail | |
| Trägerart | <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln |
| ggf. Verband | |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| | |
|--|---|
| Datum Abschluss Versorgungsvertrag | |
| Datum Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung | |
| Name der verantwortlichen Pflegefachkraft | |
| Name der <u>stellvertretenden</u> verantwortlichen Pflegefachkraft | |
| ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen | |
| Zertifizierung | <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor |
| Anzeigepflichtiger Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 4 Satz 14 SGB V | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS (Datenclearingstelle) | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Fax | |
| Wird mindestens bei einer versorgten Person die Leistung nach Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie durch den Pflegedienst erbracht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Prüfungen | |
|---|--|
| Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI: | |
| Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen | |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| <input type="checkbox"/> keine Angaben | |

| Versorgungssituation | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Gesamt | davon: | | | |
| | | ausschließlich SGB XI | ausschließlich SGB V | SGB XI und SGB V | Sonstige |
| versorgte Personen | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte | <input type="text"/> | | | | |
| | | | | | |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Nach Angabe des Pflegedienstes, Anzahl versorgte Personen mit: | |
|--|--|
| Wachkoma: | |
| Beatmungspflicht: | |
| Dekubitus: | |
| Blasenkatheter: | |
| PEG-Sonde: | |
| Fixierung: | |
| Kontraktur: | |
| vollständiger Immobilität: | |
| Tracheostoma: | |
| multiresistenten Erregern: | |
| | |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Nach Angabe des Pflegedienstes, Anzahl versorgte Personen mit: | | | |
|--|--|---|-------------------------------|
| [Ziffer 6] Absaugen: | | | |
| [Ziffer 8] Beatmungsgerät, Bedienung und Überwachung: | | | |
| [Ziffer 24] spezielle Krankenbeobachtung: | | | |
| [Ziffer 29] Wechsel und Pflege einer Trachealkanüle: | | | |
| [Ziffer 30] Pflege eines zentralen Venenkatheters: | | | |
| [Ziffer 31a] Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde: | | | |
| Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart? Wenn ja, welcher? |  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? | | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | Kooperationspartner (Name und Standort) | |
| <input type="checkbox"/> | körperbezogene Pflegemaßnahmen | | |
| <input type="checkbox"/> | pflegerische Betreuungsmaßnahmen | | |
| <input type="checkbox"/> | Behandlungspflege | | |
| <input type="checkbox"/> | Hilfen bei der Haushaltsführung | | |
| <input type="checkbox"/> | Rufbereitschaft | | |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| | | | |
|--|-------------|---|-------------------------------|
| Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? | | Kooperationspartner (Name und Standort) | |
| <input type="checkbox"/> | Nachtdienst | | |

Erbringt der Pflegedienst mindestens bei einer versorgten Person (Leistungen nach Ziffer 24 - spezielle Krankenbeobachtung), bzw. Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V, sind zudem folgende Angaben zur Versorgungssituation erforderlich:

| Versorgungssituation bei spezieller Krankenbeobachtung Ziffer 24 | | | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|---|---|----------------------|
| | Gesamt | davon | | | |
| | | in der eigenen Häuslichkeit | in einer Wohngemeinschaft (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) | in betreutem Wohnen (als Sonderform der eigenen Häuslichkeit) | Sonstige Wohnformen |
| Versorgte Personen mit einer Verordnung der Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung der HKP-Richtlinie | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes Anzahl versorgter Personen Ziffer 24 spezielle Krankenbeobachtung mit: | | | | |
|--|---------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| | nichtinvasiver Beatmung (Maske) | invasiver Beatmung | Tracheostoma (ohne Beatmung) | Sonstigem |
| Anzahl versorgte Personen < 18 Jahre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Anzahl versorgte Personen ab 18 Jahre | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal | | | | | |
|--|--|----------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Funktion/Qualifikation | Vollzeit <input type="text"/> (Std./Woche) | Teilzeit | | geringfügig Beschäftigte | |
| | Anzahl MA | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./Woche) | Anzahl MA | Stellen- umfang (Std./Woche) |
| Pflege | | | | | |
| verantwortliche Pflegefachkraft | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Altenpfleger/in | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gesundheits- und Krankenpfleger/in | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Heilerziehungspfleger/in | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Krankenpflegehelfer/in | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Altenpflegehelfer/in | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Medizinische Fachangestellter/in | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| angelernte Kräfte | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Auszubildende | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Bundesfreiwilligendienst-Leistende | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Freiwilliges soziales Jahr | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Betreuung | | | | | |
| Mitarbeiter/in Betreuung | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | | |



Sollten die gegebenen Eingabefelder oder die Feldlängen nicht ausreichen, können Sie die Freitextfelder in den unteren Bereichen der Seiten nutzen.

Berücksichtigen Sie bitte nur die in Ihrem Bundesland erforderlichen Angaben.

| Nach Angabe des Pflegedienstes: Zusammensetzung Personal | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Hauswirtschaftliche Versorgung | | | | | |
| hauswirtschaftliche Mitarbeiter/in | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | | | | |