

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

Einrichtungsebene – Allgemeine Angaben Angaben zur Einrichtung (vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege)	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK) gemäß SGB XI	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internetadresse	
Träger/Inhaber	
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. Vielen Dank.

Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung	
Name der Heimleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der <u>stellvertretenden</u> verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. vorhandene Zweigstellen	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS (Datenclearingstelle)	
E-Mail für die DCS	
DAS-Kennzeichen	

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

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

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

Art der Einrichtung und Versorgungssituation			
	vollstationäre Pflege		solitäre Kurzzeitpflege
vorgehaltene Plätze:			
	vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreute Kurzzeitpflege:	
belegte Plätze:			

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung, 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. Vielen Dank.

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
Hinweis für vollstationäre Pflegeeinrichtungen: Hier sind alle belegten Plätze zu berücksichtigen (auch Krankenhausaufenthalt, Urlaub, Kurzzeitpflegegäste etc.)								
		davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflege- grad	1	2	3	4	5
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summe		<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. Vielen Dank.

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)					
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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>
		<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. Vielen Dank.

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"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
angelernete 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"/>
Sonstige	<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"/>
zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	<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"/>
Betreuung					
Sozialpädagogin/ Sozialpädagoge	<input type="text"/>				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialarbeiter/in	<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. Vielen Dank.

Ergotherapeut/in Beschäftigungstherapeut/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"/>
Sonstige	<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"/>
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI	<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"/>
Hauswirtschaftliche Versorgung					
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium)	<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"/>
Hilfskräfte und 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"/>
Sonstige	<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"/>