

D Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber (inkl. Anschrift)	
Verband	
Datum Abschluss Versorgungs-vertrag	
Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. Zweigstellen	
Name des Ansprechpartners DCS	
E-Mail des Ansprechpartners DCS	

G Art der Einrichtung und Versorgungssituation

Anzahl	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
	vollstationäre Pflege (Langzeit)	eingestreute Kurzzeitpflege	
vorgehaltene Plätze			
belegte Plätze			

H Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche

			davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
	<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							
Summe								

I Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung - Anzahl versorgte 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	

Datum: _____

Unterschrift: _____

J Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal
(ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)

Funktion/Qualifikation	Vollzeit ____ Stunden/Woche	Teilzeit Stunden/Woche		geringfügig Beschäftigte Stunden/Woche	
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang
Pflege					
verantwortliche Pflegefachkraft					
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in					
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in					
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Bundesfreiwilligendienst-Leistende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Sonstige					
zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI)					
Betreuung					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten					
Sonstige					
zusätzl. Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI					
hauswirtschaftliche Versorgung					
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jähr. Ausbildung oder Studium)					
Hilfskräfte und angelernte Kräfte					
Sonstige					

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ausfüllhilfe zur Tabelle Personalbesetzung:

- unter „Vollzeit“ im Tabellenkopf bitte die Stundenangabe in Vollzeit pro Woche aufnehmen
- in der Spalte Vollzeit sind ausschließlich die Anzahl der Mitarbeitenden entsprechend der Funktion/Qualifikation zu erfassen, bspw. Altenpfleger/in: 2
- Teilzeitbeschäftigte sind in Anzahl und mit dem jeweils wöchentlichen Stundenumfang zu dokumentieren, z. B. Altenpfleger/in: 2 mit 20 Stunden/Woche und 4 mit 25 Stunden/Woche
- bitte keine Mehrfachnennung des derzeit beschäftigten Personals, z. B. Pflegedienstleitung ist nicht noch zusätzlich unter Gesundheits- und Krankenpfleger/in zu erfassen
- Mitarbeitende in Elternzeit sind nicht aufzunehmen

Erstellt am: 10.01.2024	Geprüft am: 11.01.2024	Freigegeben am: 15.01.2024	Version: 4.0
Erstellt von: Fachservice Pflege	Geprüft von: Referent Pflege	Freigegeben von: GBL Pflege	Seite 4 von 4