

Selbstauskunftsbogen (SAB) – teilstationäre Pflegeeinrichtung

D. Angaben zur Einrichtung: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name der Einrichtung: _____

Trägerart: privat freigemeinnützig öffentlich nicht zu ermitteln

Telefon-Nr. der Einrichtung: _____

Fax-Nr. der Einrichtung: _____

E-Mail der Einrichtung¹: _____

Internet-Adresse: _____

Inbetriebnahme der Einrichtung:² _____ (TT.MM.JJJJ)

Name der Einrichtungsleitung: _____

Name der verantwortlichen Pflegefachkraft: _____

Name der stellv. verantwortlichen Pflegefachkraft: _____

Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen: _____

Ansprechpartner/in seitens der Einrichtung/des Trägers, die die Landesverbände der Pflegekassen und/oder die Dataclearingstelle (DCS) im Rahmen der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVTP) kontaktieren sollen:

Name: _____

E-Mail: _____

¹ Hinweis: Die E-Mail-Adresse wird auch für **künftige Prüfanfordern** und den Versand des Prüfberichts genutzt.

² Hier ist anzugeben, seit wann die Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

E. Angaben zur Prüfung: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der Einrichtung (inklusive der Mitarbeiter/innen, die die Gutachter/innen bei der Bearbeitung der personenbezogenen Fragen begleitet haben):

| Name | Funktion |
|------|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

F. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen:

Nach heimrechtlichen Vorschriften zust. Aufsichtsbehörde: _____ (TT.MM.JJJJ)

Gesundheitsamt: _____ (TT.MM.JJJJ)

Sonstige: _____ (TT.MM.JJJJ)

Wichtige Hinweise zum Beginn der Prüfung:

Um einen möglichst zeitnahen Beginn der Prüfung sicherzustellen, benötigen die Gutachter/innen zuerst eine aktuelle Liste der am Prüftag anwesenden Tagespflegegäste in alphabetischer Reihenfolge sortiert.

Diese formalen Unterlagen gelten als Grundlage der Stichprobenauswahl der versorgten Personen.

Nach der Ermittlung der einzubeziehenden Tagespflegegäste ist die schriftliche Einwilligung der Tagespflegegäste bzw. der vertretungsberechtigten Person oder der/des gesetzlich bestellten Betreuers/Betreuerin erforderlich. Diese wird von den Gutachtern/Gutachterinnen schriftlich eingeholt.

G. Art der Einrichtung und Versorgungssituation:

Vertraglich vereinbarte Anzahl Tagespflegeplätze: _____

H. Nach Angabe der Einrichtung: Anzahl Tagespflegegäste mit

| | |
|-------------------------------|--|
| 1. Wachkoma | |
| 2. Beatmungspflicht | |
| 3. Dekubitus | |
| 4. Blasenkatheter | |
| 5. PEG-Sonde | |
| 6. Fixierung | |
| 7. Kontraktur | |
| 8. vollständiger Immobilität | |
| 9. Tracheostoma | |
| 10. Multiresistenten Erregern | |