

## 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 Einrichtung<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Internet-Adresse: \_\_\_\_\_

Inbetriebnahme der Einrichtung:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ (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: \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> 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	