



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 (bzw. § 37c SGB V) 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 pflegfachlicher 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"/>
		<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"/>

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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>