

Selbstauskunftsbogen – Allgemeine Angaben

Ambulante Betreuungsdienste

1.2: Daten zum ambulanten Betreuungsdienst	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
ggf. Verband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme des ambulanten Betreuungsdienstes	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. vorhandene Zweigstellen	

zukünftige Anmeldung der Qualitätsprüfungen	
E-Mail	

1.4: Prüfauftrag nach § 114 SGB XI	
Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	TT.MM.JJJJ
Gesundheitsamt	
sonstige	
keine Angaben	<input type="checkbox"/>

1.5: Versorgungssituation				
		davon:		
gesamt		ausschließlich pflegerische Betreuungsmaßnahmen	ausschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung	kombiniert pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen in der Haushaltsführung
versorgte Personen				

Dokumente zur Erhebung der Struktur- und Prozessqualität und für die Abrechnungsprüfung

- aktueller Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI
- Vorgabedokumente (z. B. Handbuch, Verfahrensanweisungen, Konzepte, Empfehlungen des Robert Koch Instituts zur Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens und bezüglich MRSA)
- Nachweisdokumente (z. B. Schulungsnachweise, Qualifikationsnachweise der verantwortlichen und stellvertretenden verantwortlichen Fachkraft, Qualifikationsnachweise und Fortbildungen gemäß § 4 der Betreuungskräfte-Richtlinie für die Betreuungskräfte nach §53 b SGB XI)

Dokumente bezogen auf die bei der Qualitätsprüfung einbezogenen versorgten Personen:

- Pflegeverträge/Kostenvoranschläge
- Pflegedokumentation
- Leistungsnachweise, ggf. Durchführungsnachweise des überprüften Abrechnungszeitraumes
- Rechnungen des überprüften Abrechnungszeitraumes