Medizinischer Dienst
Nordrhein

Selbstauskunftsbogen – Allgemeine Angaben

Vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

D: Angaben zur Einrichtung	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Telefon	
Institutionskennzeichen	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	☐ privat ☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ nicht zu ermitteln
ggf. Verband	
Einrichtungsart	☐ vollstationär ☐ solitäre Kurzzeitpflege
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. vorhandene Zweigstellen	

Medizinischer Dienst Nordrhein

Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS[1]	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS[1]	

[1]Datenclearingstelle

zukünftige Anmeldung der Qualitätsprüfungen	
E-Mail	

F: Prüfauftrag nach § 114 SGB XI	
Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	**TT.MM.JJJJ**
nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
Gesundheitsamt	
Sonstige	
keine Angaben	☐

G: Art der Einrichtung und Versorgungssituation			
vorgehaltene Plätze	Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege
	vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreute Kurzzeitpflege:	
belegte Plätze			

Medizinischer Dienst
Nordrhein

H: Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
			kein Pflegegrad	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	☐ ja ☐ nein							
	☐ ja ☐ nein							
	☐ ja ☐ nein							
	☐ ja ☐ nein							
	☐ ja ☐ nein							
	☐ ja ☐ nein							
	Summe	0	0	0	0	0	0	0

Medizinischer Dienst Nordrhein

I: Nach Angaben der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit:	
Wachkoma	
Beatmungspflicht	
Dekubitus	
Blasenkatheter	
PEG-Sonde	
Fixierung	
Kontraktur	
vollständiger Immobilität	
Tracheostoma	
multiresistenten Erregern	