

## Selbstauskunftsbogen der Tagespflegeeinrichtung

D: Angaben zur Einrichtung	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
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 der Einrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. vorhandene Zweigstellen	
Name der Ansprechpartnerin/ des Ansprechpartners für die DCS *	
E-Mail der Ansprechpartnerin/ des Ansprechpartners für die DCS *	

\*Datenclearingstelle

**E-Mail für die zukünftige Anmeldung der Qualitätsprüfungen**

**F: Prüfauftrag nach § 114 SGB XI**

<b>Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen</b>	
<b>nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde</b>	
<b>Gesundheitsamt</b>	
<b>Sonstige</b>	
<b>Keine Angaben</b>	

**G: Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

<b>Vertraglich vereinbarte Anzahl Tagespflegeplätze</b>	
<b>Belegte Tagespflegeplätze am Prüftag</b>	

**I: Anzahl versorgte Personen mit:**

<b>Wachkoma</b>	
<b>Beatmungspflicht</b>	
<b>Dekubitus</b>	
<b>Blasenkatheter</b>	
<b>PEG-Sonde</b>	
<b>Fixierung</b>	
<b>Kontraktur</b>	
<b>vollständige Immobilität</b>	
<b>Tracheostoma</b>	
<b>multiresistenten Erregern</b>	