Medizinischer Dienst Nordrhein

Selbstauskunftsbogen – Allgemeine Angaben

Tagespflege

D: Angaben zur Einrichtung	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internetadresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	☐ privat ☐ öffentlich ☐ freigemeinnützig ☐ 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	

Medizinischer Dienst Nordrhein

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

G: Art der Einrichtung und Versorgungssituation	
Vertraglich vereinbarte Anzahl Tagespflegeplätze	
Belegte Tagespflegeplätze am Prüftag	

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