

Selbstauskunftsbogen – Allgemeine Angaben

Tagespflege

D: Angaben zur Einrichtung	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internetadresse	
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	
---	--

Anmeldung beim QPR Portal (dort hinterlegte Emailadresse)

E-Mail

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