

Versand des Prüfberichts

Information zum Austausch von vertraulichen Daten

Nach § 115 SGB XI hat der Medizinische Dienst das Ergebnis der Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen an folgende Adressaten mitzuteilen:

- den Landesverbänden der Pflegekassen
- den zuständigen Sozialhilfeträgern
- der betroffenen Pflegeeinrichtung
- der nach landesrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde

Pflegeeinrichtung

Name der Einrichtung: _____

IK-Nummer: _____

Der Prüfbericht wird ausschließlich als Download zur Verfügung gestellt.

E-Mail des Trägers /der Einrichtung für die Zustellung des Prüfberichtes	
---	--

Nach Fertigstellung des Prüfberichtes erhalten Sie eine E-Mail mit dem Hinweis, dass **vertrauliche Daten** zur Verfügung stehen. Der Prüfbericht ist nach Zusendung der E-Mail maximal **30 Tage abrufbar**. Den Prüfbericht können Sie **ausschließlich über ein Passwort** abrufen.

Sie erhalten nach Zusendung der E-Mail das **Passwort** unter der untenstehenden Telefonnummer an Werktagen Montag – Freitag von 13.00 Uhr bis 16:00

07721 / 8995 - 2100

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stempel der Pflegeeinrichtung:

MD interner Hinweis: Grau unterlegte Felder nicht in MDconnect ändern. Bei Abweichungen zu den Stammdaten zeitnah das Auftragsmanagement QP über die Änderung informieren.

Angaben zur Einrichtung	
Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ / Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	
Federführender Landesverband der Pflegekassen	
Telefon	
Fax	
E-Mail (zur Ankündigung der Qualitätsprüfung)	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber	
Trägerart	privat freigemeinnützig öffentlich
ggf. Trägerverband	
Einrichtungsart	vollstationär solitäre Kurzzeitpflege
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme der vollstationären Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. vorhandene Zweigstellen	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	

*Datenclearingstelle

Prüfauftrag nach § 114 SGB XI	TT.MM.JJJJ
Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	
Datum der letzten Prüfung durch die Heimaufsicht	
Datum der letzten Prüfung durch das Gesundheitsamt	
Datum der letzten Prüfung durch sonstige Prüfinstitutionen	

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

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche								
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Bewohner	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							
	ja nein							
	Summe:							

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit	
Wachkoma	
Beatmungspflicht	
Dekubitus (ab Kategorie II)	
Blasenkatheter (transurethral oder suprapubisch)	
PEG-Sonde	
Fixierung (unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (ein physiologischer Bewegungsablauf ist aufgrund versteifter Gelenke nicht mehr möglich)	
vollständiger Immobilität (die Lage im Bett kann nicht mehr selbstständig verändert werden)	
Tracheostoma	
multiresistenten Erregern	

Bitte geben Sie den Stellenumfang bei Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten in Stunden pro Woche an.

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
Pflege						
Funktion/Qualifikation	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. Verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
Gesundheits- und Krankenpfleger/in						
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in						

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
Pflege						
Funktion/Qualifikation	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst- Leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
Pflege						
Funktion/Qualifikation	Vollzeit (Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Sonstige						
zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI)						
Betreuung						
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Sonstige						
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI						
Hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb. oder Studium)						
Hilfskräfte/angelernete Kräfte						
Sonstige						

Zur Erhebung der Strukturdaten Ihrer Pflegeeinrichtung legen Sie bitte ZUR MITNAHME bereit:

- Selbstauskunftsbogen der vollstationären Pflegeeinrichtung

Zur Erhebung der Daten zur einrichtungsinternen Organisation und des Qualitätsmanagements Ihrer Pflegeeinrichtung empfehlen wir Ihnen, folgende Unterlagen ZUR EINSICHT bereitzulegen:

- Urkunde der verantwortlichen Pflegefachkraft zur Führung der Berufsbezeichnung
- Nachweis über die Teilnahme an einer Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation
- Urkunde der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft zur Führung der Berufsbezeichnung
- Schriftliches Konzept zur Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen