

Erfassungsbogen der qualitätsrelevanten Informationen über die Pflegeeinrichtung:

0.1 Name der Einrichtung: (Freitextfeld)

0.2 Art der Einrichtung: bitte nur eine Angabe auswählen

- vollstationäre Pflegeeinrichtung
- ambulanter Pflegedienst
- solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtung
- solitäre Tagespflegeeinrichtung
- vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Kurzzeitpflegeangebot
- vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Tagespflegeangebot

0.3 letzte Aktualisierung: Datum der Informationsbereitstellung (Analog zum Datum der Datenerfassung der Versorgungsergebnisse)

1. Allgemeine Informationen über die Einrichtung

1.1 Anschrift: Straße: (Freitextfeld)

Hausnummer: (Freitextfeld)

Postleitzahl: (Freitextfeld)

Ort: (Freitextfeld)

1.2 Telefon: (Freitextfeld)

1.2 Internetadresse: (Freitextfeld)

1.3 Kontaktperson der Einrichtung: (Freitextfeld) *Name und Funktion der Person*

1.4 Kontaktperson des Heimbeirats/Heimführersprecher: (Freitextfeld) *Name der Person*

1.5 a) Anzahl der Plätze gesamt: ____

1.5 b) davon Anzahl der Plätze für Kurzzeitpflege: ____

1.6 a) Anzahl der Plätze in Einzelzimmern: ____

1.6 b) Anzahl der Plätze in Doppelzimmern: ____

1.7 Entfernung zur nächsten Haltestelle (Bus, Straßenbahn usw.): ca. ____ m

Erläuterung: (Freitextfeld)

1.8 Besteht die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen? JA NEIN

Erläuterung: (Freitextfeld)

1.9 Können die Bewohner Haustiere halten? JA NEIN

Erläuterung: (Freitextfeld)

2. Ausstattung	
2.0 Baujahr der Einrichtung: _____ Letzte Renovierung/Modernisierung der Einrichtung: _____	
2.1 Ist ein Telefonanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2.2 Ist ein TV- bzw. Kabelanschluss im Bewohnerzimmer vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2.3 Ist ein Internetzugang für Bewohner vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2.4 Ist ein kabelloser Internetzugang (W-LAN) vorhanden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2.5 Sind Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
2.6 Sind alle Wege/ Räume in der Einrichtung barrierefrei?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3. Spezialisierung/ Versorgungsschwerpunkt	
Für welche Bewohnergruppen sind in der Einrichtung Spezialisierungen oder Versorgungsschwerpunkte vorhanden?	
a) Pflegebedürftige in jungem Alter:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
b) Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
c) Menschen im Wachkoma:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
d) Menschen mit Schwerstbehinderung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
e) Beatmungspflichtige Bewohner:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
f) Menschen mit Suchterkrankungen:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
g) Andere Bewohnergruppen:	<input type="checkbox"/> JA <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i> <input type="checkbox"/> NEIN
4. Möglichkeit des Kennenlernens der Einrichtung	
4.1 Möglichkeit der Teilnahme an Mahlzeiten vor dem Einzug:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
4.2 Möglichkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten vor dem Einzug:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
4.3 Möglichkeiten des Probewohnens:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
4.4 Weitere Möglichkeiten: (<i>Freitextfeld</i>)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

5. Gruppenangebote	
Welche Gruppenangebote stehen den Bewohnern regelmäßig zu Verfügung? <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i>	
6. Externe/Interne Dienstleistungen	
6.1 Zubereitung der Mahlzeiten innerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
6.2 Die Bewohner können bei der Zubereitung der Mahlzeiten mitwirken	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
7. Zusätzliche kostenpflichtige Dienstleistungen	
Welche kostenpflichtigen Dienstleistungen vermittelt die Einrichtung? <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i>	
8. Religiösen Angebote	
8.1 Räumlichkeiten zur Ausübung religiöser Aktivitäten	<input type="checkbox"/> JA <i>Konfession: (Freitextfeld)</i> <input type="checkbox"/> NEIN
8.2 Regelmäßiger Besuch eines Seelsorgers	<input type="checkbox"/> JA <i>Konfession: (Freitextfeld)</i> <input type="checkbox"/> NEIN
8.3 Weitere spirituelle Angebote: <i>(Freitextfeld)</i>	<input type="checkbox"/> JA <i>Erläuterung:</i> <input type="checkbox"/> NEIN
9. Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen	
Welche Formen der Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen sind in der Einrichtung vorhanden? <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i>	
10. Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/Quartier	
Welche Kontakte bestehen zum direkten sozialen Umfeld oder dem Quartier der Einrichtung? <i>Erläuterung: (Freitextfeld)</i>	
11. Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege, Betreuung und Therapie)	
11.1 Mitarbeiter/Stellen	
a) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in Pflege und Betreuung insgesamt ___ Stellen in Pflege und Betreuung insgesamt	
b) ___ % Fachkräfteanteil in der Pflege	
c) ___ Bewohner je Vollzeitstelle	
d) Werden Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> bei Bedarf

e) Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> JA <i>Sprachen: (Freitextfeld)</i> <input type="checkbox"/> NEIN
11.2 Personalwechsel	
a) ___ Mitarbeiter, die in den letzten 6 Monaten das Unternehmen verlassen haben	
b) ___ Mitarbeiter, die seit mindesten 5 Jahren in der Einrichtung beschäftigt sind	
11.3 Stellen/ Vollzeitstellen mit Zusatzqualifikationen	
a) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in der Gerontopsychiatrische Pflege ___ Anzahl der Stellen in der Gerontopsychiatrischen Pflege	
b) ___ Vollzeitstellen (VZÄ) in der Palliativ- und Hospizpflege ___ Anzahl der Stellen in der Gerontopsychiatrischen Pflege	
d) ___ <i>Weitere Qualifikation: (Freitextfeld)</i>	
11.4 Angestellte Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung	
Hat die Einrichtung Mitarbeiter mit therapeutischer Ausbildung angestellt?	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Welche? <i>Erläuterung wenn JA: (Freitextfeld)</i>	
12. Kooperationsvereinbarungen	
12. 1 Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Ärzten/Therapeuten oder Organisationen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Erläuterung: (Freitextfeld) Name der Ärzteorganisation</i>	
12.2 Bestehen vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen mit Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Erläuterung: (Freitextfeld) Name des Krankenhauses/der Einrichtung</i>	