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

Pflegeeinrichtung

Name der Einrichtung: _____

IK-Nummer: _____

Der Prüfbericht wird ausschließlich als Download zur Verfügung gestellt.

<p>E-Mail des Trägers /der Einrichtung für die Zustellung des Prüfberichtes</p> <p>Bitte bei handschriftlichem Eintrag leserlich in Druckschrift ausfüllen – vielen Dank.</p>	
---	--

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.

Das **Passwort** erhalten Sie von unserem Prüfteam bei der Qualitätsprüfung.
Bei Fragen oder technischen Problemen sind wir Ihnen gerne unter der untenstehenden Telefonnummer Montag – Freitag von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr behilflich.

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.

D - Angaben zur Einrichtung			
Name der Pflegeeinrichtung			
Straße			
PLZ / Ort			
Institutionskennzeichen (IK)			
Federführender Landesverband der Pflegekassen			
Telefon			
Fax			
E-Mail			
Internet-Adresse			
Träger/Inhaber			
Trägerart	privat	freigemeinnützig	öffentlich
ggf. Trägerverband			
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 oder des Ansprechpartners für die DCS*			
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*			

*Datenclearingstelle

G - Art der Einrichtung und Versorgungssituation	Anzahl Personen
Vertraglich vereinbarte Anzahl Tagespflegegäste	
Belegte Tagespflegeplätze am Prüftag	

H - Nach Angabe der Einrichtung - Anzahl der Tagesgäste mit:	Anzahl Personen
Wachkoma	
Beatmungspflichtig	
Dekubitus (ab Kategorie II)	
Blasenverweilkatheter (transurethral oder suprapubisch)	
PEG-Sonde	
Fixierung (unabhängig von der Art der FEM)	
Kontraktur (ein physiologischer Bewegungsablauf ist aufgrund versteifter Gelenke nicht mehr möglich)	
Vollständige Immobilität (die Lage im Bett kann nicht mehr selbstständig verändert werden)	
Tracheostoma	
Multiresistente 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						
_____Std. (Stunden/Woche)	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
Funktion/Qualifikation	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						

Hinweis: Mitarbeitende mit einer Ausbildung als Pflegefachfrau / Pflegefachmann führen Sie bitte unter Gesundheits- und Krankenpfleger/in auf.

Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal (direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)						
Pflege						
Funktion/Qualifikation	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte 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	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellenumfang	Anzahl MA	Stellenumfang	Stellen in Vollzeit
Pflege						
Sonstige						
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 STICHPROBE legen Sie bitte folgende Unterlagen bereit:

- eine alphabetisch sortierte Liste aller am Tag der Qualitätsprüfung in der Tagespflege anwesenden Tagespflegegäste

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

- Ausgefüllter Selbstauskunftsbogen der teilstationären 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
- Verfahrensanweisungen / Unterlagen zum internen Qualitätsmanagement

Die Unterlagen können auch in digitaler Form vorliegen