

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.

<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.

Angaben zur Einrichtung			
Name der Einrichtung			
Straße			
PLZ / Ort			
Institutionskennzeichen (IK)			
Federführender Landesverband der Pflegekassen			
Telefon			
Fax			
E-Mail			
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							
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						
_____ 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						
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/angelernte Kräfte						
Sonstige						

Zur Erhebung der STICHPROBE legen Sie bitte folgende Unterlagen bereit:

- Aktuelle Übersicht aller in der Einrichtung versorgten Personen
- Liste der versorgten Personen mit Einzugsdatum, die seit dem letzten Stichtag eingezogen sind
- Erhebungsreport zum letzten Stichtag mit möglichen Ausschlussgründen
- Liste der Pseudonyme aller versorgten Personen zum letzten Stichtag

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

- Ausgefüllter 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
- Verfahrensanweisungen / Unterlagen zum internen Qualitätsmanagement

Die Unterlagen können auch in digitaler Form vorliegen