

Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

F Angaben zum ambulanten Pflegedienst	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber (inkl. Anschrift)	
Trägerart	☐ privat ☐ freigemeinnützig ☐ öffentlich ☐ nicht zu ermitteln
Verband	
Datum - Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum - Inbetriebnahme des ambulanten Pflegedienstes	
Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V	Ergänzungsvereinbarung bzw. vertragliche Regelung: ☐ zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden ☐ für die psychiatrische häusliche Krankenpflege
Versorgungsvertrag nach § 132l Absatz 5 SGB V	☐ Nummer 1: eine betreiberorganisierte Wohneinheit ☐ Nummer 1: mehrere betreiberorganisierte Wohneinheiten ☐ Nummer 4: eigener Haushalt oder sonstiger Ort
Name der verantwortlichen Pflegefachperson	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachperson	
ggf. Zweigstellen/Filialen	
Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	
E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS	

I Anzahl der versorgten Personen, nach Angabe des ambulanten Pflegedienstes	
Anzahl versorgte Personen insgesamt	
Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V	
Anzahl versorgte Personen mit Verordnung über psychiatrische häusliche Krankenpflege nach Ziffer 27a der HKP-Richtlinie	

Datum: _____

Unterschrift: _____