D Angaben zur Einrichtung

Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Internet-Adresse	
Träger/Inhaber (inkl. Anschrift)	
Verband	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
ggf. Zweigstellen	
Name des Ansprechpartners DCS	
E-Mail des Ansprechpartners DCS	

G Versorgungssituation

	Anzahl
Vertraglich vereinbarte Tagespflegeplätze	
Belegte Tagespflegeplätze am Prüftag	

H Nach Angabe der Einrichtung

		Anzahl Tagespflegegäste mit
1.	Wachkoma	
2.	Beatmungspflicht	
3.	Dekubitus	
4.	Blasenkatheter	
5.	PEG-Sonde	
6.	Fixierung	
7.	Kontraktur	
8.	vollständiger Immobilität	
9.	Tracheostoma	
10.	Multiresistenten Erregern	

Datum: _____ Unterschrift: _____

I Nach Angabe der Tagespflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal

(ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)

Funktion/Qualifikation	Vollzeit ___ Stunden/Woche	Teilzeit Stunden/Woche		geringfügig Beschäftigte Stunden/Woche	
	Anzahl MA	**Anzahl MA**	**Stellenumfang**	**Anzahl MA**	**Stellenumfang**
Pflege					
verantwortliche Pflegefachkraft					
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft					
Altenpfleger/in					
Gesundheits- und Krankenpfleger/in					
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in					
Heilerziehungspfleger/in					
Krankenpflegehelfer/in					
Altenpflegehelfer/in					
angelernte Kräfte					
Auszubildende					
Bundesfreiwilligendienst-Leistende					
Freiwilliges soziales Jahr					
Sonstige					
Betreuung					
Sozialpädagogin/Sozialpädagoge					
Sozialarbeiter/in					
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten					
Sonstige					
zusätzlich Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Hauswirtschaftliche Fachkräfte (2 - 3- jährige Ausbildung oder Studium)					
Hilfskräfte und angelernte Kräfte					
Sonstige					

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ausfüllhilfe zur Tabelle Personalbesetzung:

- unter „Vollzeit“ im Tabellenkopf bitte die Stundenangabe in Vollzeit pro Woche aufnehmen
- in der Spalte Vollzeit sind ausschließlich die Anzahl der Mitarbeitenden entsprechend der Funktion/Qualifikation zu erfassen, bspw. Altenpfleger/in: 2
- Teilzeitbeschäftigte sind in Anzahl und mit dem jeweils wöchentlichen Stundenumfang zu dokumentieren, z. B. Altenpfleger/in: 2 mit 20 Stunden/Woche und 4 mit 25 Stunden/Woche
- bitte keine Mehrfachnennung des derzeit beschäftigten Personals, z. B. Pflegedienstleitung ist nicht noch zusätzlich unter Gesundheits- und Krankenpfleger/in zu erfassen
- Mitarbeitende in Elternzeit sind nicht aufzunehmen