

# Neuantrag auf Zulassung einer vollstationären Pflegeeinrichtung

## I. Allgemeine Angaben

### A. Antragsart

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt

die Zulassung zur Versorgung durch Abschluß eines Versorgungsvertrages

### B. Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

Postfach : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Geschäftsführer/in bzw.  
Heimleiter/in : \_\_\_\_\_

Verantwortliche Pflegefachkraft : \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Telefax : \_\_\_\_\_

IK-Kennzeichen **1)** : \_\_\_\_\_

Landkreis/kreisfreie Stadt : \_\_\_\_\_

### C. Angaben zum Träger der Einrichtung

Träger der Einrichtung : \_\_\_\_\_

Rechtsform : \_\_\_\_\_

Straße : \_\_\_\_\_

Postfach : \_\_\_\_\_

PLZ/Ort : \_\_\_\_\_

Tel.-Nr./Telefax : \_\_\_\_\_

## D. Status des Trägers

- öffentlich
- freigemeinnützig
- privat

## E. Angaben zur Trägervereinigung

1. Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegeeinrichtungen im Land? **2)**

- Ja  Nein

2. Wenn ja, welche? .....

## F. Weitere Einrichtungen des Trägers

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch eine

- |                                  |                          |    |                          |      |
|----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| ambulante Pflegeeinrichtung      | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung        | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Krankenhauseinrichtung           | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Sonstige Einrichtung             | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch eine

- |                                  |                          |    |              |                          |      |
|----------------------------------|--------------------------|----|--------------|--------------------------|------|
| teilstationäre Pflegeeinrichtung | <input type="checkbox"/> | Ja | ..... Plätze | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Kurzzeitpflegeeinrichtung        | <input type="checkbox"/> | Ja | ..... Plätze | <input type="checkbox"/> | Nein |
| ambulante Pflegeeinrichtung      | <input type="checkbox"/> | Ja |              | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Krankenhauseinrichtung           | <input type="checkbox"/> | Ja |              | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Sonstige Einrichtung             | <input type="checkbox"/> | Ja |              | <input type="checkbox"/> | Nein |

## G. Weitere Angaben

### 1. Erlaubnispflichtige Einrichtungen

a) Die Einrichtung benötigt eine Betriebserlaubnis

Ja  Nein

Wenn ja, bitte beifügen

b) Die Betriebserlaubnis wurde auflagenfrei erteilt

Ja  Nein

Wenn nein, welche Auflagen bestehen? .....

c) Es wurden nachträgliche Auflagen erteilt

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Auflagenbescheid beifügen

### 2. Anzeigepflichtige Einrichtungen

a) Die Pflegeeinrichtung unterliegt lediglich einer Anzeigepflicht

Ja  Nein

b) Es wurden nachträgliche Anordnungen erlassen

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Anordnungsbescheid beifügen

3. Musterheimvertrag bitte beifügen, soweit vorhanden

4. Zuständige Aufsichtsbehörde nach dem Heimgesetz

.....

## II. Angaben zur Struktur der Einrichtung

### A. Wirtschaftliche Selbständigkeit

Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung dadurch sichergestellt, daß die Finanzierungskreise und - verantwortlichkeiten sowie die Rechnungslegung für den Bereich der vollstationären Pflege klar und eindeutig von anderen Leistungen und Aufgaben der Pflegeeinrichtung abgegrenzt sind und das Rechnungswesen im Rahmen der doppelten kaufmännischen Buchführung nach handelsrechtlichen Grundsätzen organisiert wird?

- Ja  Nein

### B. Pflegefachkraft

1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft gegeben?

- Ja  Nein

Wenn ja:

Name, Vorname .....

Adresse .....

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Krankenschwester/Krankenpfleger  
 Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger  
 Altenpflegerin/Altenpfleger

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung

(Bitte beglaubigte Kopie der Urkunde zur Erlaubnis der Führung der Berufsbezeichnung beifügen.)

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung übt diese Tätigkeit in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in der Pflegeeinrichtung aus

- Ja  Nein

## C. Angaben zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit

### 1. Sonderleistungen

Über die im Pflegesatz vereinbarten Leistungen bietet das Pflegeheim zusätzliche Leistungen an

Ja  Nein

#### a) Zusätzliche betreuenerische Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	.....
.....	.....
.....	.....

#### b) Sonstige zusätzliche Leistungen

Leistung	Entgelt
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### 2. Öffentliche Förderung der Betriebskosten

#### a) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch Landkreis und/oder Kommune bezuschußt.

Ja  Nein

Für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

#### b) Die Betriebskosten der Pflegeeinrichtung werden durch das Land bezuschußt.

Ja  Nein

Für welche Leistungen, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum wird diese Förderung gewährt?

.....

### 3. Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen/Instandhaltung

a) Die Pflegeeinrichtung wurde bzw. wird hinsichtlich der betriebsnotwendigen Investitionen/Instandhaltung gefördert

aa) durch das Land

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

EUR

\_\_\_\_\_

Zeitraum

bb) durch die Kommune/den Landkreis

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Höhe und für welchen Zeitraum?

\_\_\_\_\_

EUR

\_\_\_\_\_

Zeitraum

### 4. Beteiligung der Pflegebedürftigen am Investitionsaufwand

a) Den Pflegebedürftigen werden Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet.

Ja

Nein

b) Wenn ja:

- die Höhe dieser Aufwendungen beträgt je Pflegebedürftigem

\_\_\_\_\_ EUR.

5.  
a)

**Personelle Besetzung**  
**Personelle Besetzung in der Pflege 3)**

	Anzahl der Mitarbeiter/innen			
	Vollzeit	Teilzeit		geringfügig beschäftigt
	Anzahl der Mitarbeiter/innen	Anzahl der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter/innen	Anzahl der Mitarbeiter/innen, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der Mitarbeiter/innen
<b>I. Pflege- und Betreuungsbereich</b>				
Krankenschwester/-pfleger				
Kinderkrankenschwester/-pfleger				
Altenpfleger/in				
Haus- und Familienpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer/in				
Haus- und Familienpflegehelfer/in				
Dorfhelfer/in				
Familienbetreuer/in				
Heilerziehungspfleger/in				
Hebammen/Geburtshelfer				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)				
<b>II. Auszubildende</b>				
Auszubildende und Praktikant/in				
Schüler/in der Altenpflege				
Schüler/in der Heilerziehungspflege				
Schüler/in der Krankenpflege				
Erzieher/in im Anerkennungspraktikum				
Vorpraktikant/in in der Pflege/Hauswirtschaft				
sonstige Auszubildende/ Praktikanten/Praktikantinnen				

---

\*) Welche Ausbildung ?

**b) Sonstige personelle Besetzung 3)**

	Anzahl der Mitarbeiter/innen			geringfügig beschäftigt
	Vollzeit	Teilzeit		
	Anzahl der Mitarbeiter/innen	Anzahl der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter/innen	Anzahl der Mitarbeiter/innen, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der Mitarbeiter/innen
<b>I. Hauswirtschaftsbereich</b>				
Hauswirtschaftler/in				
Fachhauswirtschaftler/in				
Wirtschaftler/in				
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer(in)				
Hauswirtsch. Betriebsleiter/in (HWL)				
Oekotrophologin/Oekotrophologe				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung *)				
<b>II. Verwaltung</b>				
Verwaltungskräfte				
Verwaltungsfachkräfte				
<b>III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst</b>				
Ärztin/Arzt				
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/in, Beschäftigungstherapeut/in, Ergotherapeut/in				
Diakon/in				
Erzieher/in				
Heilpädagogin/-pädagogin				
Krankengymnast/in				

---

\*) Welche Ausbildung?



	Anzahl der Mitarbeiter/innen			geringfügig beschäftigt
	Vollzeit	Teilzeit		
	Anzahl der Mitarbeiter/innen	Anzahl der teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter/innen	Anzahl der Mitarbeiter/innen, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der Mitarbeiter/innen
Logopädin/Logopäde				
Masseur/in, Med. Bademeister/in				
Musiktherapeut/in				
Pädagogin/Pädagoge				
Psychagogin/Psychagoge				
Psychologin/Psychologe				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagogin/-pädagog				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagogin/-pädagog				
Soziologin/Soziologe				
Sportlehrer/in				
Theologin/Theologe				
Sonstige				
<b>IV. Zivildienstleistende</b>				
Zivildienstleistende				
<b>V. Haustechnischer Bereich</b>				
technisches Personal				
Raumpflegerin				
Küchenpersonal				

## 6. Platzzahl

- a) Ganzjährig vorgehalten werden ..... vollstationäre Plätze
- b) Davon werden vorgehalten
- in Einbettzimmern ..... Plätze
- in Zweibettzimmern ..... Plätze

## 7. Art der Belegung

- a) Welche Personenkreise werden in der Pflegeeinrichtung gepflegt und betreut?

- altersverwirrte Pflegebedürftige
- chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige
- körperbehinderte Pflegebedürftige
- geistig behinderte Pflegebedürftige
- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige Erwachsene
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige \_\_\_\_\_

- b) Werden in der Pflegeeinrichtung

- Männer und Frauen
- nur Männer
- nur Frauen

gepflegt und betreut?

- c) In die Pflegeeinrichtung werden bestimmte Pflegebedürftige nicht aufgenommen, und zwar

.....

.....

## 8. Weiteres Leistungsangebot

Von der Pflegeeinrichtung bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Hausnotrufdienst	<input type="checkbox"/>
Kurse für häusl. Pflege	<input type="checkbox"/>
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>
Pflegehilfsmittelverleih	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<hr/>

## 9. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

### a) Pflege- und Therapieräume

besondere Räume für Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/>
besondere Räume für Einzeltherapie	<input type="checkbox"/>
- Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
- Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
- Logopädie	<input type="checkbox"/>

### b) besondere Räume für weitere Aktivitäten

- Sport bzw. Gymnastik	<input type="checkbox"/>
- Badeabteilung	<input type="checkbox"/>
- Freisitz, Terrasse	<input type="checkbox"/>
- Garten	<input type="checkbox"/>

### III. Pflegekonzeption

Nach welcher pflegerischen Konzeption erbringt die Pflegeeinrichtung ihre Leistungen (Konzeption bitte beifügen, soweit schriftlich niedergelegt)? **4)**

.....

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift