

**Gemeinsamer Strukturhebungsbogen
der Landesverbände der Pflegekassen für ambulante Pflegeeinrichtungen
(Pflegesachleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)**

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Zulassung zur Versorgung durch Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI. Die Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung ist für den vorgesehen.

I. Allgemeine Angaben

a) Einrichtung

Name der Einrichtung

Name der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Institutionskennzeichen der **ambulanten** Pflegeeinrichtung

Landkreis/kreisfreie Stadt

b) Träger der Einrichtung

Name des Trägers

Name des Trägers

Rechtsform

Straße

PLZ, Ort

Geschäftsführer/in

Telefon/Telefax

E-Mail

Status: öffentlich freigemeinnützig privat

Der Strukturhebungsbogen ist durch die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Thüringen inhaltlich abgestimmt und darf nicht verändert werden.

Ist die Zugehörigkeit zu einer Vereinigung von Trägern von Pflegediensten im Land beabsichtigt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche ?

.....
.....

3. Örtlicher Einzugsbereich des Pflegedienstes (bis zu 15 km):

Schwerpunktangaben :

.....
.....

A. Angaben zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Pflegeeinrichtung

1. Es ist sichergestellt, dass die Einrichtung wirtschaftlich selbstständig geführt wird, in dem die unterschiedlichen Aufgaben und Finanzierungsverantwortlichkeiten getrennt sind.

2. a) Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gegeben?

Ja

Nein

Name, Vorname

1. Staatliche Anerkennung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/in

2. Nachweise

- staatliche Anerkennung als beglaubigte Kopie
- hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre
- Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden
- versicherungspflichtige Beschäftigung in Vollzeit
- Polizeiliches Führungszeugnis im Original

2. b) Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gegeben?

Ja Nein

Name, Vorname

1. Staatliche Anerkennung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/in

2. Nachweise

- staatliche Anerkennung als beglaubigte Kopie
- hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre
- versicherungspflichtige Beschäftigung in Vollzeit
- Polizeiliches Führungszeugnis im Original

3. c) Ist die Anstellung einer weiteren Pflegefachkraft/Pflegekraft ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme der Pflegeeinrichtung gegeben?

Ja Nein

Name, Vorname

1. Staatliche Anerkennung als

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Altenpfleger/in
- sonstige:

2. Nachweise

- staatliche Anerkennung als beglaubigte Kopie
- versicherungspflichtige Beschäftigung in Vollzeit

B. Personelle Besetzung in der Pflege:

	Anzahl der Mitarbeiter(innen)		
	Vollzeit	Teilzeit (Angabe in Wochenstunden)	geringfügig beschäftigt
I. Pflege- und Betreuungsbereich			
Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger			
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger			
Altenpfleger/-in			
Haus- und Familienpfleger/-in			
Krankenpflegehelfer/-in			
Altenpflegehelfer/-in			
Haus- und Familienpflegehelfer/-in			
Familienbetreuer/-in			
Heilerziehungspfleger/-in			
Hebammen / Geburtshelfer			
ohne tätigkeitsspezifische Ausbildung *			
II. Auszubildende			
Auszubildende und Praktikant/-in			
Auszubildende/r in der Altenpflege			
Auszubildende/r in der Heilerziehungspflege			
Auszubildende/r in der Krankenpflege			
Erzieher/-in im Anerkennungspraktikum			
Vorpraktikant/-in in der Pflege/Hauswirtschaft			

* Welche Ausbildung ?

C. Leistungen

1. Vom Pflegedienst sollen Leistungen

- in der Grundpflege
- in der hauswirtschaftlichen Versorgung
- in der Behandlungspflege (§ 37 SGB V)
- niederschwellige Betreuungsangebote

erbracht werden.

2. Der Pflegedienst soll als allgemeiner Pflegedienst geführt (ohne Eingrenzung auf einen speziellen Personenkreis) werden.

- Ja Nein

3. Der Pflegedienst richtet sich an besondere Personengruppen (Mehrfachnennung möglich):

- nur pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- nur pflegebedürftige Erwachsene
- pflegebedürftige chronisch psychisch kranke Menschen
- pflegebedürftige körperbehinderte Menschen
- pflegebedürftige geistig behinderte Menschen
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige:

pflegefachlicher Schwerpunkt ja nein

wenn ja, welcher

4. Sollen Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten erbracht werden ?

- Ja Nein

Wenn ja, mit wem ?

.....

für welche Leistungen:

.....

Bitte Kooperationsvereinbarung beifügen !

5. Welche pflegerische Konzeption liegt dem Pflegedienst zugrunde ?
(Bitte Pflege-Konzeption beifügen!)

.....

6. Wird eine Pflegedokumentation beim Patienten geführt?

- Ja Nein

7. Wird ein schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrag zwischen dem Pflegedienst und dem Pflegebedürftigen abgeschlossen ?

- Ja Nein

Bitte Mustervertrag beifügen.

8. Wird der Pflegedienst Tag und Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen erreichbar sein und Hilfe gewährleisten, ggf. in Kooperation mit anderen Pflegediensten? (kein Anrufbeantworter)

- Ja Nein

II. Weitere Angaben

A. Zusätzliche Leistungen

Vom Pflegedienst bzw. seinem Träger werden weitere Leistungen angeboten.

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------|
| Hausnotrufdienst | <input type="checkbox"/> | |
| Kurse für häusliche Pflege | <input type="checkbox"/> | |
| Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> | |
| Pflegehilfsmittelverleih | <input type="checkbox"/> | |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | welche ? |

.....

B. Sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter/-innen		
	Vollzeit	Teilzeit (Angabe in Wochen- stunden)	geringfügig beschäftigt
I. Hauswirtschaftsbereich			
Hauswirtschafter/-in			
Fachhauswirtschafter/-in			
Wirtschafter/-in			
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/-in			
Hauswirtschaftliche Betriebsleiter/-in (HWL)			
Ökotrophologe/-in			
ohne tätigkeitsspezifische Ausbildung *			
II. Verwaltung			
Verwaltungskräfte			
Verwaltungsfachkräfte			
III. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst			
Ärztin/Arzt			
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/-in, Beschäftigungstherapeut/-in, Ergotherapeut/-in			
Diakon/-in			
Erzieher/-in			
Heilpädagoge/Heilpädagogin			
Krankengymnast/-in			
Logopäde/Logopädin			
Masseur/-in, medizinische Bademeister/-in			
Musiktherapeut/-in			
Pädagoge/Pädagogin			
Psychagoge/-in			
Psychologe/Psychologin			
Rhythmiklehrer/-in			
Sonderpädagoge/Sonderpädagogin			
Sozialarbeiter/-in			
Sozialpädagoge/Sozialpädagogin			
Soziologe/Soziologin			
Sportlehrer/-in			
Theologe/Theologin			
Sonstige			
IV. Bundesfreiwilligendienst			
V. haustechnischer Bereich			
technisches Personal			
Raumpfleger/-in			
Küchenpersonal			

* Welche Ausbildung ?

C. Entgelt für Investitionsanteile

Dem Pflegebedürftigen sollen Aufwendungen für betriebsnotwendige Investitionen berechnet werden

Ja Nein

Wenn ja,
die Höhe dieser Aufwendungen beträgt: %

E. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien

1. Ist die wirtschaftliche Selbständigkeit gemäß § 71 Abs. 1 SGB XI mit der Inbetriebnahme der Einrichtung zum gewährleistet?
Datum der voraussichtlichen Inbetriebnahme

ja nein

2. Die Zahlung des gesetzlich geregelten Mindestlohnes wird vom Träger bestätigt.

3. Es wird einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI vorgehalten und weiterentwickelt.

4. Werden alle veröffentlichten Expertenstandards angewandt?

ja nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel des Trägers
(vertretungsberechtigte Person/en)