

Gemeinsamer Strukturhebungsbogen der Landesverbände der Pflegekassen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

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

1. Allgemeine Angaben

a) Einrichtung

Name 1 der Einrichtung

Name 2 der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Heimleiter/in

Landkreis/kreisfreie Stadt

Telefon/Telefax

E-Mail

Institutionskennzeichen der **vollstationären** Pflegeeinrichtung

b) Träger der Einrichtung

Name 1 des Trägers

Name 2 des Trägers

Rechtsform

Straße

PLZ, Ort

Geschäftsführer/in

Telefon/Telefax

E-Mail

c) Trägervereinigung

Bezeichnung 1 _____

Bezeichnung 2 _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Telefax _____

d) Status der Einrichtung

privat

freigemeinnützig

öffentlich

2. Weitere Einrichtungen des Trägers

Einrichtung	Angabe des/der Institutionskennzeichen	Anzahl der Plätze	Anschrift
ambulante Pflegedienste		----	
Wohngruppen (nach PNG)	----		
teilstationäre Pflegeeinrichtungen			
Kurzzeitpflegeeinrichtungen			
vollstationäre Pflegeeinrichtungen (<i>einschl. Wachkoma, Beatmung, psych. und seel. Behinderung</i>)			
Einrichtungen betreutes Wohnen	----		
Behinderten-einrichtungen SGB XII	----		

3. Organisatorische Voraussetzungen

a) Die Anzeige der Betriebsaufnahme gemäß § 12 Abs. 1 des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes bei der zuständigen Aufsichtsbehörde erfolgt(e) am:

.....

(Nachweis sowie Anzeigebestätigung der Heimaufsicht bitte beifügen bzw. nachreichen.)

Wurden Auflagen erteilt? ja nein

(Wenn ja, bitte Anordnungsbescheid und Stellungnahme des Trägers beifügen!)

b) Besteht eine Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft?

ja Nachweis bitte beifügen.

beantragt Datum: _____

c) Wurde eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abgeschlossen?

ja Bitte Nachweis beifügen.

d) Die Anzeige der Betriebsaufnahme erfolgte bei folgendem Landrats-/Sozialamt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

am: _____

4. Platzkapazität

Insgesamt werden ganzjährig _____ vollstationäre Pflegeplätze vorgehalten.

Davon werden _____ Plätze in Einbettzimmern

und _____ Plätze in Zweibettzimmern vorgehalten.

5. Welcher Personenkreis wird in der Pflegeeinrichtung betreut und gepflegt?

- gerontopsychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige
- chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige
- körperbehinderte Pflegebedürftige
- geistig behinderte Pflegebedürftige
- pflegebedürftige Kinder und Jugendliche
- pflegebedürftige Erwachsene
- Apalliker
- AIDS-Kranke
- MS-Kranke
- Sonstige _____

pflegefachlicher Schwerpunkt ja nein

wenn ja, welcher _____

6. Personelle Voraussetzungen

a) verantwortliche Pflegefachkraft und Stellvertreter

- verantwortliche Pflegefachkraft _____
Name, Vorname

1. Abschluss einer Ausbildung als

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

2. Nachweise

- staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses
- hauptberufliche Tätigkeit von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (Arbeitszeugnisse, etc.)
- Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden
- versicherungspflichtige Beschäftigung (Arbeitsvertrag, etc.)
- Polizeiliches Führungszeugnis

- stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft _____
Name, Vorname

1. Abschluss einer Ausbildung als

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

2. Nachweise

- staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses

b) Geplante personelle Besetzung in der Pflege

	Anzahl der Mitarbeiter(innen)			
	Anzahl der Vollzeitbeschäftigten	Anzahl der Teilzeitbeschäftigten	Teilzeitbeschäftigte, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der geringfügig beschäftigten Mitarbeiter
I. Pflege- und Betreuungsbereich				
Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Krankenschwester/-pfleger				
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Kinderkrankenschwester/-pfleger				
Altenpfleger/in				
Familienpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer/in				
Familienpflegehelfer/in				
Dorfhelfer/in				
Familienbetreuer/in				
Heilerziehungspfleger/in				
Hebamme/Geburtshelfer				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angaben der Ausbildung)*				
II. Auszubildende				
Auszubildende/r 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				
III. Hauswirtschaftsbereich				
Hauswirtschaftler/in				
Fachhauswirtschaftler/in				
Wirtschaftler/in				
Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in				
ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angabe der Ausbildung)*				

* Ausbildung als: _____

c) Geplante sonstige personelle Besetzung

	Anzahl der Mitarbeiter(innen)			
	Anzahl der Vollzeitbeschäftigten	Anzahl der Teilzeitbeschäftigten	Teilzeitbeschäftigte, umgerechnet in Vollzeitkräfte	Anzahl der geringfügig beschäftigten Mitarbeiter
I. Verwaltung				
Verwaltungskräfte				
Verwaltungsfachkräfte				
II. Therapie, Sozialdienst, Sonderdienst				
Ärztin/Arzt				
Beschäftigungs-/Arbeitstherapeut/in, Ergotherapeut/in				
Diakon/in				
Erzieher/in				
Heilpädagoge/in				
Krankengymnast/in				
Logopäde/in				
Masseur/in, med. Bademeister/in				
Musiktherapeut/in				
Pädagoge/in				
Psychagoge/in				
Psychologe/in				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagoge/in				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagoge/in				
Sportlehrer/in				
Theologe/in				
Sonstiges				
III. Bundesfreiwilligendienst				
Bundesfreiwilligendienst				
IV. haustechnischer Bereich				
technischer Personal				
Raumpfleger/in				
Küchenpersonal				

Es sind eine vorgesehene Dienstplanaufstellung sowie eine namentliche Aufstellung des Pflegepersonales beizufügen!

7. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

Die Bauzeichnung (Maßstab 1:200 ist ausreichend) sowie die beispielhafte Raumausstattung sind dem Antrag beizufügen.

8. Pflegekonzept / Pflegeleitbild

Ein einrichtungsinternes Pflegekonzept/Pflegeleitbild liegt vor.

Das Pflegekonzept sowie ein Heimvertrag (Muster) sind dem Antrag beizufügen.

9. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien

1. Die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI ist mit der Inbetriebnahme der Einrichtung zum _____ gewährleistet.
Datum der Inbetriebnahme

Bitte Anlage „Formular A“ ausfüllen.

2. Die Zahlung des gesetzlich geregelten Mindestlohnes wird bestätigt.
3. Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI wird eingeführt und weiterentwickelt.
4. Die Expertenstandards werden angewandt.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Trägers
(Vertretungsberechtigte Person/en)

Formular A

(zum Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß § 72 SGB XI
zur Erbringung von Leistungen der vollstationären Pflege gemäß § 43 SGB XI ;
Punkt 11.1. - Angaben zur wirtschaftlichen Selbständigkeit der Pflegeeinrichtung)

Einrichtung

Platzkapazität

Straße

Auslastungsgrad

PLZ, Ort

Betreuungstage
(Kapazität*365* Auslastung)

Kostenart	€/Jahr	€/Betreuungstag
<u>1. Personalkosten</u>		
1.1. Pflege- und Betreuungsbereich		
1.2. Hauswirtschaftlicher Bereich		
1.3. Leitung/Verwaltung		
1.4. Haustechnischer Bereich		
<u>2. Sachkosten</u>		
2.1. Lebensmittel		
2.2. Betriebsverwaltung		
2.3. Steuern, Abgaben, Versicherungen		
2.4. Wasser, Energie, Brennstoffe		
<u>3. Aufwendungen i. S. § 82 Abs. 2 SGB XI</u>		
<u>4. Gesamtkosten</u>		