

## Selbstauskunftsbogen (SAB) – vollstationäre Pflegeeinrichtung

**D. Angaben zur Einrichtung:** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

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

Trägerart:  privat  freigemeinnützig  öffentlich  nicht zu ermitteln

Telefon-Nr. der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Fax-Nr. der Einrichtung: \_\_\_\_\_

E-Mail der Einrichtung<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Internet-Adresse: \_\_\_\_\_

Inbetriebnahme der Einrichtung:<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Name der Heim-/Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_

Name der verantwortlichen Pflegefachkraft: \_\_\_\_\_

Name der stellv. verantwortlichen Pflegefachkraft: \_\_\_\_\_

Ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen: \_\_\_\_\_

*Ansprechpartner/in seitens der Einrichtung/des Trägers, die die Landesverbände der Pflegekassen und/oder die Dataclearingstelle (DCS) im Rahmen der Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS) kontaktieren sollen:*

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Hinweis: Die E-Mail-Adresse wird auch für **künftige Prüfanfordern** und den Versand des Prüfberichts genutzt.

<sup>2</sup> Hier ist anzugeben, seit wann die Pflegeeinrichtung unter dem jetzigen Träger besteht.

**E. Angaben zur Prüfung:** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der Einrichtung (inklusive der Mitarbeiter/innen, die die Gutachter/innen bei der Bearbeitung der personenbezogenen Fragen begleitet haben):**

Name	Funktion

**F. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen:**

Nach heimrechtlichen Vorschriften zust. Aufsichtsbehörde: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Gesundheitsamt: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

Sonstige: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

**Wichtige Hinweise zum Beginn der Prüfung:**

Um einen möglichst zeitnahen Beginn der Prüfung sicherzustellen, benötigen die Gutachter/innen zuerst den letztmaligen Erhebungsreport, die Pseudonymisierungsliste sowie eine Übersicht aller in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen u. Bewohner (versorgten Personen) mit personenbezogenen Angaben, ob eine Beeinträchtigung bei der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten vorliegt.

Diese formalen Unterlagen gelten als Grundlage der Stichprobenauswahl der versorgten Personen.

**Nach der Ermittlung der einzubeziehenden versorgten Personen ist die schriftliche Einwilligung des der versorgten Person bzw. der vertretungsberechtigten Person oder der/des gesetzlich bestellten Betreuers/Betreuerin erforderlich. Diese wird von den Gutachtern/Gutachterinnen schriftlich eingeholt.**

**H. Nach Angaben der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche:**

Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
			kein Pflegegr ad	1	2	3	4	5
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>							
	<b>Summe</b>							

In dieser Tabelle sollen die Wohnbereiche mit Belegung nach Pflegegraden ausgewiesen werden.

**I. Nach Angabe der Einrichtung: Anzahl versorgte Personen mit**

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