Änderung zum

G e m e i n s a m e n
S t r u k t u r e r h e b u n g s b o g e n

der Landesverbände der Pflegekassen

ambulante Pflegeeinrichtungen

(Pflegesachleistung, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson)

I. Allgemeine Angaben

Die nachfolgend genannte Einrichtung beantragt die Änderung zum bestehenden Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI. Die Änderung ist für **Monat:** .....**20**..... vorgesehen.

A) Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung : .....

: .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

verantwortliche Pflegefachkraft : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail: . .....

IK-Kennzeichen SGB XI : .....

Landkreis/kreisfreie Stadt : .....

B) Angaben zum Träger

Träger der Einrichtung : .....

: .....

Rechtsform : .....

Straße : .....

PLZ/Ort : .....

Geschäftsführer/in : .....

Tel.-Nr. : .....

Fax-Nr. : .....

E-Mail : .....

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

II. Angaben zur Struktur der Einrichtung

B) Verantwortliche Pflegefachkräfte

1. Ist die ständige Verantwortung durch eine ausgebildete Pflegefachkraft (PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Pflegedienstes gegeben?

❑ ja ❑ nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

2. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

❑ Gesundheits- und Krankenpfleger/in

❑ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

❑ Altenpfleger/in

❑ Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen[1].

3. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus:

❑ ja ❑ nein

Bitte entsprechenden Nachweis beifügen[1].

4. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes hat ihren unter 2. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:

❑ ja ❑ nein

Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen[1].

5. Die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) des Pflegedienstes ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:

❑ ja ❑ nein

Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis beifügen[1].

[1] Sofern die Nachweise in der entsprechenden Form bereits vorliegen, müssen diese nicht nochmals eingereicht werden.

6. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft (stv. PDL) ab dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme des Pflegedienstes gewährleistet?

❑ ja ❑ nein

Name, Vorname : .....

Adresse : .....

7. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung:

❑ Gesundheits- und Krankenpfleger/in

❑ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

❑ Altenpfleger/in

❑ Pflegefachfrau/-mann

entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung.

Bitte beglaubigte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen[1].

8. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes übt diese Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus:

❑ ja ❑nein

Bitte Kopie des entsprechenden Nachweises beifügen[1].

9. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes hat ihren unter 7. genannten Beruf innerhalb der letzten acht Jahre mindestens zwei Jahre hauptberuflich ausgeübt:

❑ ja ❑ nein

Bitte Kopien der entsprechenden Nachweise beifügen[1].

10. Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft (stv. PDL) des Pflegedienstes ist im Besitz des Abschlusses einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll:

❑ ja ❑ nein

Wenn ja, bitte entsprechenden Nachweis beifügen[1].

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

....

Ort, Datum Unterschrift des Trägers
(vertretungsberechtigte Person)