Gemeinsamer Strukturerhebungsbogen 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**

1. 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

Der Strukturerhebungsbogen ist durch die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen im Freistaat Thüringen inhaltlich

abgestimmt und darf nicht verändert werden.

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 Institutions-kennzeichen | Anzahl der Plätze | Anschrift |
| ambulante Pflegedienste |  | ----  |  |
| Wohngruppen (nach PNG) | ---- |  |  |
| teilstationäre Pflegeeinrichtungen |  |  |  |
| Kurzzeitpflege-einrichtungen |  |  |  |
| vollstationäre Pflegeeinrichtungen *(einschl. Wachkoma, Beatmung, psych. und seel. Behinderung)* |  |  |  |
| Einrichtungen betreutes Wohnen | ----  |  |  |
| Behinderteneinrichtungen 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 Bitte Nachweis beifügen.

 [ ]  beantragt Datum:

c) Wurde eine ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung

 für Personen-, Sach- und Vermögensschäden abgeschlossen?

 [ ]  ja Bitte Nachweis beifügen.

 [ ]  beantragt Datum:

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** **Vollzeitbe-****schäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäf-tigten** | **Teilzeitbe-****schäftigte,****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 |  |  |  |  |
| Familienpflegerhelfer/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** |  |  |  |  |
| Hauswirtschafter/in |  |  |  |  |
| Fachhauswirtschafter/in |  |  |  |  |
| Wirtschafter/in |  |  |  |  |
| Hauswirtschaftstechnische(r) Helfer/in |  |  |  |  |
| ohne tätigkeitsspezif. Ausbildung (Angabe der Ausbildung)\* |  |  |  |  |

 \* Ausbildung als:

c) geplante sonstige personelle Besetzung

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Anzahl der Mitarbeiter(innen)** |
|  | **Anzahl der** **Vollzeitbe-****schäftigten** | **Anzahl der Teilzeit-beschäf-tigten** | **Teilzeitbe-****schäftigte,****umgerechnet****in Vollzeitkräfte** | **Anzahl der** **geringfügig****be-****schäftigten****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.

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

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift/Stempel des Trägers

 (Vertretungsberechtigte Person/en)