

Antrag auf Berechtigung zur Erbringung von Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI in Form eingestreuter Plätze

(die geforderten Nachweise bitte nur beifügen, wenn diese im Rahmen der vollstationären Pflege noch nicht in aktueller Form vorliegen!)

1. Allgemeine Angaben

a) Einrichtung

Name der Einrichtung

Straße

PLZ, Ort

Heimleiter/in

Landkreis/kreisfreie Stadt

Telefon/Telefax

E-Mail

Institutionskennzeichen der **vollstationären** Pflegeeinrichtung

b) Träger der Einrichtung

Name des Trägers

Rechtsform

Straße

PLZ, Ort

Geschäftsführer/in

Telefon/Telefax

E-Mail

c) Trägervereinigung

Bezeichnung

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Telefax

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

2. Die nachfolgenden Angaben sind nicht Gegenstand der Ermittlung des Personalbedarfs und der Vergütung.

d) Status der Einrichtung

privat

freigemeinnützig

öffentlich

2.) Weitere Einrichtungen des Trägers

1. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt am Ort der Pflegeeinrichtung auch eine

ambulante Pflegeeinrichtung	ja	nein
teilstationäre Pflegeeinrichtung	ja	nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	ja	nein
Krankenhauseinrichtung	ja	nein
Sonstige Einrichtung	ja	nein

2. Der Träger der Pflegeeinrichtung betreibt im räumlichen Verbund auch eine

teilstationäre Pflegeeinrichtung	ja	..... Plätze	nein
Kurzzeitpflegeeinrichtung	ja	..... Plätze	nein
ambulante Pflegeeinrichtung	ja	..... Plätze	nein
Krankenhauseinrichtung	ja	..... Plätze	nein
Sonstige Einrichtung	ja	..... Plätze	nein

3. Organisatorische Voraussetzungen

- a) Die Anzeige der Betriebsaufnahme gemäß § 12 Abs. 1 des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes ist 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.

3. Platzkapazität

Insgesamt werden ganzjährig _____ Plätze für die **vollstationäre Pflege** vorgehalten.

Davon durchschnittlich _____ Plätze für die Kurzzeitpflege.

5. Personelle Voraussetzungen

a) Pflegedienstleitung

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
- Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden
- versicherungspflichtige Beschäftigung in Vollzeit
- Polizeiliches Führungszeugnis im Original oder als beglaubigte Kopie

• stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft

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

b) 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				
Haus- und Familienpfleger/in				
Krankenpflegehelfer/in				
Altenpflegehelfer				
Haus- und 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) 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				
Psychologe/in				
Psychologin/in				
Rhythmiklehrer/in				
Sonderpädagoge/in				
Sozialarbeiter/in				
Sozialpädagoge/in				
Sportlehrer/in				
Theologe/in				
Sonstiges				
III. Zivildienstleistende				
Zivildienstleistende				
IV. haustechnischer Bereich				
technischer Personal				
Raumpfleger/in				
Küchenpersonal				

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

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

- altersverwirrte 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 _____

7. Weiteres Leistungsangebot

Von der Pflegeeinrichtung bzw. dem Träger werden weiterhin folgende Leistungen angeboten:

- Krankengymnastik
- Sprachtherapie
- Beschäftigungstherapie
- Physikalische Therapie
- Psychotherapie
- Kurse für häusliche Pflege
- Pflegehilfsmittelverleih
- Sonstige _____

8. Ausstattung der Pflegeeinrichtung

(Bauzeichnung Maßstab 1 : 200 einschließlich beispielhafte Raumausstattung bitte beifügen)

a) Die Pflegeeinrichtung verfügt über:

- eine alten- und behindertengerechte Ausstattung
- beschilderte, sicher zu erreichende sowie alten- und behindertengerechte Zugänge zu der Pflegeeinrichtung

- eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge

b) Ausstattung und Größe der sonstigen Räumlichkeiten

	Anzahl der Räume	Größe
<input type="checkbox"/> Pflege- und Therapieräume	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sport-/Gymnastikräume	_____	_____
<input type="checkbox"/> Badeabteilung	_____	

<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsräume	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terrasse		_____
<input type="checkbox"/> Garten/Parkanlage		_____

9. Fördermittel

- Artikel 52 PflegeVG ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe? _____ €
 Für wieviel Plätze? _____
 Für welchen Zeitraum? _____

- Sonstige Fördermittel ja nein

Wenn ja, von wem? _____
 In welcher Höhe? _____ €
 Für wieviel Plätze? _____
 Für welchen Zeitraum? _____

- Aufwendungen gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI ja nein

	§ 82 Abs. 3 SGB XI	§ 82 Abs. 4 SGB XI
Wenn ja, in welcher Höhe?	_____ €	_____ €
Für wieviel Plätze?	_____	_____
Für welchen Zeitraum?	_____	_____
Anteil pro Platz:	_____	_____

10. Pflegekonzept / Pflegeleitbild

Nach welchem Pflegekonzept / Pflegeleitbild wird in der Einrichtung gearbeitet?

Ein ausführliches Konzept sowie ein Heimvertrag (Muster) sind dem Antrag beizufügen!

11. Angaben zu weiteren Zulassungskriterien

Die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI in Form eingestreuter Plätze wird beantragt ab _____.

Datum (prospektiv)

1. Ist die wirtschaftliche Selbstständigkeit gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI mit der Inbetriebnahme der Einrichtung zum _____ gewährleistet?

Datum der Inbetriebnahme

ja

nein

2. Zahlt der Träger eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an seine Beschäftigten?

ja

nein

3. Soll einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI eingeführt und weiterentwickelt werden?

ja

nein

4. Sollen alle Expertenstandards (nach § 113 a SGB XI – wird noch geprüft) angewandt werden?

ja

nein

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel