

Fragebogen zur Überprüfung von ambulanten Pflegediensten

I) Teil – Selbstauskunft

Stand:

1. Allgemeine Angaben	
Name des Pflegedienstes	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
E-Mail-Adresse	
Name des Trägers	
Anschrift	
Name der Pflegedienstleitung	

2. Pflegedienstzentrale	
Welche Funktionen erfüllt die Pflegedienstzentrale?	
<input type="checkbox"/> Verwaltungsaufgaben	<input type="checkbox"/> Teamsitzungen/ Schulungen
<input type="checkbox"/> Umkleiden	<input type="checkbox"/> Materiallager
<input type="checkbox"/> Wäscheaufbereitungen	<input type="checkbox"/> Abfallentsorgung
<input type="checkbox"/> Aufbereitung von Medizinprodukten	<input type="checkbox"/> Aufbewahrung von Medikamenten
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

3. Leistungsspektrum	
<input type="checkbox"/> Grundpflege	<input type="checkbox"/> Individuelle Betreuung/ Entlastungsleistungen
<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Tagespflege
<input type="checkbox"/> Urlaubs- & Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Außerklinische Intensivpflege
<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Betreuung	<input type="checkbox"/>

4. Personalsituation	
Anzahl Mitarbeiter insgesamt:	
Anzahl davon:	
Pflegefachkraft	
Pflegehilfskraft	
Betreuungskraft	
Hauswirtschaftskraft	
Sonstige:	

5. Betreute Klientinnen und Klienten			
Aktuelle Anzahl gesamt:			
Anzahl mit:		Anzahl in:	
Pflegegrad 1		Wohngruppen	
Pflegegrad 2		Einzelversorgung	
Pflegegrad 3		Tagespflege	
Pflegegrad 4			
Pflegegrad 5			
ohne Pflegegrad			
Anzahl der durch den Pflegedienst betreuten Wohngruppen			

6. Risikoverteilung Klientinnen und Klienten			
Anzahl mit folgendem Pflegebedarf:		Anzahl mit folgenden Erregern:	
Trachealkanüle		MRSA	
Invasive Beatmung		3 MRGN	
Nichtinvasive Beatmung		4 MRGN	
Enterale Sondenernährung		VRE	
Harnableitende Systeme		Clostridioides difficile	
Sonstiges:		Sonstige:	

7. Hygienemanagement	
Ist ein einrichtungsbezogener Hygieneplan vorhanden, der dem Personal jederzeit zur Verfügung steht?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Datum der letzten Aktualisierung:	
Erfolgt eine dokumentierte Einweisung des Personals in den Hygieneplan?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Erfolgt eine dokumentierte Schulung des Personals bei Änderungen und Routinemäßig einmal jährlich im Hygieneplan?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Sind Hygienestandards/ Verfahrensanweisungen/ Standardarbeitsanweisungen zu wichtigen Themen im Hygieneplan hinterlegt? Zum Beispiel zu:	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Händehygiene
<input type="checkbox"/>	Reinigung und Desinfektion von Flächen
<input type="checkbox"/>	Lagerung und Entsorgung von Verbrauchsmaterialien
<input type="checkbox"/>	Medizinproduktaufbereitung
<input type="checkbox"/>	Vorgehensweise bei invasiven Maßnahmen (z.B. Injektion, Katheter, Trachealkanülen etc.)
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Medikamenten
<input type="checkbox"/>	Umgang mit MRE
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Arbeitskleidung
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Wäsche
<input type="checkbox"/>	Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung

Bemerkungen: