

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"/> Medizinprodukteaufbereitung	
<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: