

Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

**Art der Einrichtung und Versorgungssituation**

	Vollstat. Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstat. - Tag	Teilstat. - Nacht	ggf. Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze					
belegte Plätze					
<b>davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform</b>					
Bitte ankreuzen	angegliedert				
	eingestreut				
	solitär				

**Für die Richtigkeit der Daten:**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Datum, Unterschrift, ggf. Stempel

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						nicht eingestuft
			keiner	1	2	3	4	5	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>								
<b>Gesamt:</b>									

**Angaben zum beschäftigten Personal in Vollzeitstellen**

**Wöchentliche Arbeitszeit (VZ):** \_\_\_\_\_ Stunden

Freistellung **Praxisanleiter:** \_\_\_\_\_ Freistellung **Einrichtungsinernes QM:** \_\_\_\_\_

**Pflege (ohne Freistellung Praxisanleiter und einrichtungsinernes QM):**

PDL	Stellv. PDL	AP	(G.- u.) KP	(G.- u.) Ki-KP	HEP	APH	KPH	PH

**Pflege Anzahl (Personen):**

Auszubildende:

BUFDI:

FSJ:

Praktikanten:

Sonstige:

**Betreuung:**

**Hauswirtschaft:**

Soz-Päd.	Soz-Arb.	Ergo/BT	§85 (8) SGB XI-Kräfte		Sonstige	HW Fachkraft	HW Hilfskraft
			vereinbart	tatsächlich			