

<b>Adresse der Einrichtung</b> Name Straße PLZ/Ort	
Institutionskennzeichen (IK)	1 2. 3. 4.
Telefonnummer	
FAX - Nummer	
Website/Internetadresse	
E-Mail-Adresse	
Inhaber/ Träger	
Trägerart	<input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Freigemeinnützig <input type="radio"/> Öffentlich <input type="radio"/> Nicht zu ermitteln
Ggf. Verband	
Einrichtungsart	<input type="radio"/> Vollstationär <input type="radio"/> Solitäre Kurzzeitpflege
Datum Inbetriebnahme der Einrichtung	
Datum Abschluss Versorgungsvertrag	
Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtungsleitung	
Verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) Name	
Stellv. Verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL) Name	
Ggf. vorhandene Zweigstellen	

Name des Ansprechpartners/in für die DCS	
E-Mail des Ansprechpartners/in für die DCS	
Telefonnummer des Ansprechpartners für die DCS	
Fax-Nummer des Ansprechpartners für die DCS	
Datum letzter MDK Prüfung	

	Bearbeitet	Geprüft	freigegeben	Revisionstand	1
Name				Überarbeitung	
Datum				Seite	1 von 2

Prüfung anderer Art			
Datum der letzten Prüfung nach §114 Abs. 1SGB XI			
Letzte Prüfung anderer Prüfinstitutionen	<input type="radio"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde <input type="radio"/> Gesundheitsamt <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Keine Angaben		
<b>Arte der Einrichtung und Versorgungssituation</b>			
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	
<b>Vorgehaltene Plätze</b>			
	Vollstationäre Pflege (Langzeit)	Eingestreuete Kurzzeitpflege:	
<b>Belegte Plätze</b>			

	Bearbeitet	Geprüft	freigegeben	Revisionstand	1
Name				Überarbeitung	
Datum				Seite	2 von 2