

Name der Einrichtung:	
Datum:	
Name der versorgten Person:	
weitere teilnehmende Personen:	

Ist die versorgte Person mit dem Besuch in seinem Zimmer einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ist eine verbale/nonverbale Kommunikation möglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Wirkt die versorgte Person zum Zeitpunkt des Gespräches orientiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			

Bewohnendenbezogene Feststellungen		
Die versorgte Person befindet sich in einem augenscheinlich gepflegten Zustand	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Nägel im Sichtbereich wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Haare wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Liegen Hämatome im Sichtbereich vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, wo und warum?		
Kleidung der versorgten Person ist der Temperatur angemessen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Kleidung der versorgten Person wirkt sauber und gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn nein, warum?		
Aktuell Anwendung von FEM?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, was und warum?		

Liegt eine gültige Legitimation vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anderweitige Auffälligkeiten:		
Erläuterung:		

Räumliche Ausstattung		
Das Zimmer der versorgten Person wirkt individuell eingerichtet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wenn feststellbar, im Zimmer besteht die technische Möglichkeit zum Anschluss von:		
Telefon	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
TV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Radio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Internet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die versorgte Person hat die Möglichkeit (z. B. mit einem geeigneten Rufsystem) bei Bedarf Hilfe zu rufen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, welche Möglichkeiten bestehen für die versorgten Personen, bei Bedarf auf sich aufmerksam zu machen		
Die Bedienbarkeit der Lichtschalter ist auch vom Bett aus gegeben	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Es steht ein abschließbares Fach zur Verfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die sanitären Anlagen verfügen über geeignete Haltegriffe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Rufanlage im Sanitärbereich ist vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verlängerung der Rufanlage hängt max. 30 cm über dem Boden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zimmer ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sanitärraum ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:		

Gesprächseinstieg		
Seit wann leben Sie in der Einrichtung?		
Fühlen Sie sich in der Einrichtung wohl?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

--

wertschätzender Umgang		
Sind die Mitarbeitenden höflich und freundlich? Fühlen Sie sich wertgeschätzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, wie äußert sich das?		
Nehmen sich die Mitarbeitenden ausreichend Zeit für Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Mitarbeitende mit denen Sie Sie nicht zurecht kommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum nicht?		
Klopfen alle Mitarbeitenden vor Betreten Ihres Zimmers an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Selbstbestimmung		
Haben Sie einen eigenen Zimmerschlüssel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob die Mitarbeitenden Sie mit „Sie“ oder „Du“ ansprechen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie zu selbst gewählten Zeiten die Einrichtung verlassen bzw. wieder zurückkommen (dementsprechende Unterstützung wird organisiert, versorgte Person hat Haustürschlüssel)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie selbst entscheiden, wann Sie zu Bett gehen möchten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Sicherheit – Rufanlage		
Wenn Sie Hilfe brauchen, wie informieren Sie die Mitarbeitenden?		
Kommen Sie mit der Verfahrensweise gut zurecht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

Betreuung		
Werden Ihnen mehrmals wöchentlich Betreuungsangebote unterbreitet (vormittags oder nachmittags, auch am Wochenende)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Woher wissen Sie, welche Angebote stattfinden?		
Wissen Sie, wo die Angebotspläne (falls vorhanden) aushängen?		
Sind Sie mit den Betreuungsangeboten zufrieden? Entsprechen sie Ihren Interessen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Beschäftigungsangebote einbringen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Gewaltschutz		
Wurde Ihnen eingeforderte Hilfe schon einmal verwehrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie äußerte sich das?		
Wurden Sie schon einmal herabwürdigend oder genervt durch Mitarbeitenden angesprochen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden schon einmal so derb angefasst, dass Ihnen dies unangenehm war?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, erinnern Sie sich an die Umstände?		
Haben Sie es schon einmal vermieden um Hilfe zu fragen, weil Sie Angst haben zu stören?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie auf das Gewaltschutzkonzept der Einrichtung aufmerksam gemacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Beschwerdemanagement		
Wurden Sie darüber informiert, dass Sie sich beschweren können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
An wen wenden Sie sich, wenn Ihnen etwas nicht gefällt oder wenn es Probleme gibt?		
Kennen Sie die Sprechzeiten der Verantwortlichen? Oder wissen Sie wie und wo Sie diese erreichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich schon einmal beschwert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, worüber haben Sie sich beschwert?		
Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Verwaltung von Geldern und Wertsachen		
Werden durch die Einrichtung Gelder oder Wertsachen von Ihnen verwaltet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie können Sie sich Ihre Gelder auszahlen lassen?		
Bemerkungen:		

Transparenz- und Informationspflichten		
Wurden Sie in Kenntnis gesetzt, dass Sie in den Prüfbericht der zuständigen Behörde Einsicht nehmen können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon mal Einsicht in Ihre Dokumentation genommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Beteiligungs- und Einsichtsrechte		
Werden Sie in die Erstellung und Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplanung oder Teilhabe- und Gesamtplanung mit einbezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie jederzeit Besuch auf Ihrem Zimmer empfangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihren Wohnraum selbst gestalten und möblieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Wenn die versorgte Person in einem Doppelzimmer lebt:</i> Haben Sie das Recht über die Belegung mitzuentcheiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Nur bei versorgten Personen in Doppelzimmern:</i> Kennen Sie Ihr Mitentscheidungsrecht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Bei Einsatz von KI oder Robotern:</i> Sind Sie über den Zweck und die Art des Einsatzes sowie die Funktionsweise aufgeklärt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und selbstständige Lebensführung		
Gehen Sie einer Arbeit nach?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Was passiert, wenn Sie krank sind (Tagesablauf, Betreuung)?		
Können Sie an Veranstaltungen der örtlichen Gemeinschaft teilnehmen bzw. werden sie dabei unterstützt? (z. B. kulturelle Veranstaltungen, örtliche Feste, Wochenmarkt etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihren Urlaub selbst einteilen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		
Mahlzeiten/Getränke		
Können Sie entscheiden, wo Sie Ihre Mahlzeiten einnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Frühstück und dem Abendbrot in der Einrichtung zufrieden? (<i>Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Sind Sie mit dem Mittagessen in der Einrichtung zufrieden? (<i>Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Wissen Sie, wo die Speisepläne hängen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bei der Speiseversorgung verschiedene Auswahlmöglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird Ihnen auf Wunsch frisches Obst und Gemüse angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stehen Ihnen Getränke in ausreichender Menge kostenlos zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Mahlzeitenversorgung einbringen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Ihrerseits Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Mahlzeiten?		
Bemerkungen:		

Personal		
Haben Sie einen festen Mitarbeitenden als Ansprechpartner (Bezugsmitarbeiter)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist in der Nacht, am Wochenende oder an Feiertagen jemand vom Personal für Sie erreichbar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Gesprächsabschluss

Haben Sie noch Fragen oder Wünsche an uns? Sorgen?

Abgleich Selbstauskunft Prüfhinweis: Prüfung, inwiefern die Selbstauskünfte der Einrichtung/des Trägers sich im Betreuungs- und Pflegeprozess der bewohnerbezogenen Prüfung wiederfinden.

Ist ersichtlich, dass die versorgte Person in seine Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplanung oder Teilhabe- und Gesamtplanung mit einbezogen wurden (z. B. beinhaltet geäußerte Wünsche etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Berücksichtigt die Planung die Biografie der versorgten Person?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Werden die Planungen mindestens aller 2 Jahre bzw. anlassbezogen aktualisiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Werden Entwicklungs- und Erhaltungsziele formuliert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wird die Zielerreichung mit Einzelmaßnahmen untersetzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wird die Durchführung der Einzelmaßnahmen dokumentiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht? Wie erfolgt der Nachweis der Einzelmaßnahmen?			
Sind behandlungspflegerische Maßnahmen bzw. Maßnahmen zur Risikoprophylaxe geplant?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?			
Sind die vorgehaltenen Arzneimittel aktuell ärztlich angeordnet? <small>Prüfhinweis: betrifft auch freiverkäufliche Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel</small>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht?			
Werden die Arzneimittel sachgerecht aufbewahrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, welche Auffälligkeiten wurden festgestellt?			
Bemerkungen:			