

Name der Einrichtung:

| Kriterien | Ja | Nein | Anmerkungen |
|-----------|----|------|-------------|
|-----------|----|------|-------------|

Vorbereitung zum Gespräch:

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Wurde bereits für den Pflegebedürftigen ein Pflegegrad beantragt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Welcher Pflegegrad wurde bewilligt? | | | |
| Welche Vorerkrankungen hat der Pflegebedürftige? | | | |
| Bei welchen Aktivitäten wird aus Ihrer Sicht Hilfe benötigt? | | | |
| Erfolgt die Aufnahme in die Einrichtung direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Wartezeit

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Ist ein Einzug in die Pflegeeinrichtung sofort möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie lange ist gegebenenfalls die Wartezeit? | | | |

Lage und Umgebung der Einrichtung

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Gefällt Ihnen das Umfeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ist die Einrichtung für Besucher gut erreichbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

In der näheren Umgebung befinden sich:

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| ➤ Ärzte und Apotheken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Banken und Postfilialen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Einkaufsmöglichkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Cafés/Restaurants? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Friseur/Kosmetiksalons (z. B. Fußpflege)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Kultureinrichtungen/Kirchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Grünanlagen/Parks? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Öffentliche Verkehrsmittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Kriterien | Ja | Nein | Anmerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Ambiente der Einrichtung | | | |
| Ist das Haus sauber, hell, wohnlich und gefällt Ihnen das Mobiliar der Einrichtung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gibt es einen Garten oder eine Terrasse und ist diese(r) barrierefrei zugänglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gibt es für demenziell erkrankte Bewohner einen eigenen Wohnbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gibt es für demenziell erkrankte Bewohner einen geschützten Außenbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zimmer | | | |
| Gefällt Ihnen das Zimmer (Größe, Mobiliar, ggf. eigenes Badezimmer, eigener Balkon)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind die Mitnahme von Möbeln und eine individuelle Gestaltung des Zimmers gestattet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind die Zimmer abschließbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Entspricht die technische Ausstattung (Telefon, Notrufanlage) Ihren Ansprüchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Service | | | |
| Sind Ihnen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung sympathisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hat die Einrichtung einen eigenen Fahr- und Begleitdienst? Ist dieser kostenpflichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Können Sie Ihre Wertsachen dauerhaft sicher verwahren (z. B. in einem Safe)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind Haustiere erlaubt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tagesgestaltung | | | |
| Ist ein individuelles Aufstehen und Zubettgehen möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Gibt es Gemeinschaftsräume und gefällt Ihnen deren Ambiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Welche Kultur- und Freizeitangebote bietet das Haus? | | | |
| Entsprechen diese Angebote Ihren Interessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Welche Beschäftigungsangebote gibt es für bettlägerige Bewohner? | | | |
| Gibt es spezielle Beschäftigungsangebote für demenziell erkrankte Bewohner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind Besuche jederzeit möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind Ehrenamtliche in die Betreuung der Bewohner eingebunden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Kriterien | Ja | Nein | Anmerkungen |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Verpflegung | | | |
| Ist die Auswahl der Mahlzeiten vielseitig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Geht die Pflegeeinrichtung bei der Verpflegung auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten serviert? | | | |
| Ist es möglich, auch außerhalb dieser Zeiten Verpflegung zu erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Werden Hilfsmittel angeboten, die selbstständiges Essen ermöglichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Werden Getränke (z. B. Wasser, Tee) jederzeit und kostenfrei zur Verfügung gestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Pflege | | | |
| Können Bewohner und/oder Angehörige Einfluss auf die Pflegeplanung nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wird die Biografie des Bewohners bei der Pflegeplanung und Betreuung berücksichtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie viele Fachkräfte beschäftigt die Einrichtung? | | | |
| Wie viel Pflegepersonal kommt auf wie viele Heimbewohner? | | | |
| Besteht eine Spezialisierung für bestimmte Personengruppe (z. B. demenziell Erkrankte)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ist eine kultursensible Pflege möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Medizinische Betreuung | | | |
| Ist die Behandlung durch den bisherigen Arzt weiterhin möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Welche Ärzte gehören zur Einrichtung? | | | |
| Ist jederzeit ein Arzt im Haus erreichbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie wird die fachärztliche Betreuung organisiert (z. B. bei Bewegungseingeschränkten)? | | | |
| Können ärztlich verordnete Therapien in der Einrichtung durchgeführt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Qualität der Einrichtung | | | |
| Liegt ein aktueller Qualitätsbericht (Pflegeroten) für die Einrichtung vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Kriterien | Anmerkungen |
|---|-------------|
| Kosten | |
| Wie hoch sind die monatlichen Gesamtkosten? | |
| Wie hoch ist die Kautions? | |
| Welche zusätzlichen Kosten können entstehen (z. B. Wäsche, Reparaturservice)? | |
| Wie werden die Kosten für die Unterbringung finanziert (Rente, Ersparnisse)? | |
| Welche Zuschüsse sind möglich (Pflegekasse, Sozialamt)? | |
| Sonstige Fragen | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |