

Selbsteinschätzung zur Funktionsfähigkeit von Einrichtungen oder Unternehmen bei der Umsetzung von § 20a IfSG

An das
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin,
Zentrale Meldestelle, Postfach 31 09 29, 10639 Berlin

Durch

(Bezeichnung der Einrichtung/ des Unternehmens)

(Anschrift)

(Bezirk)

Art der Einrichtung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Medizinisches Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung für ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Einrichtung/ Dienst der beruflichen Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung | <input type="checkbox"/> Begutachtungs- und Prüfdienst auf Grund der Vorschriften von SGB V/XI |
| <input type="checkbox"/> Dialyseeinrichtung | <input type="checkbox"/> Voll- oder teilstationäre Einrichtung zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen |
| <input type="checkbox"/> Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflegeeinrichtung (§ 72) oder Einzelpersonen (§ 77 SGB XI) |
| <input type="checkbox"/> Entbindungseinrichtung | <input type="checkbox"/> Ambulanter Intensivpflegedienst in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen |
| <input type="checkbox"/> Behandlungs- oder Versorgungseinrichtung, die mit einer der oben genannten Einrichtungen vergleichbar ist | <input type="checkbox"/> Unternehmen, das Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbringt |
| <input type="checkbox"/> Arzt- oder Zahnarztpraxis | |
| <input type="checkbox"/> Praxis sonstiger humanmedizinischer Heilberufe | |
| <input type="checkbox"/> Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, | |
| <input type="checkbox"/> Rettungsdienst | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | |

- Unternehmen, das Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX i.V. mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 SGB IX erbringt
- Beförderungsdienst, der in voll- oder teilstationären Einrichtungen für ältere, behinderte oder pflegebedürftige Menschen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördert oder die Leistungen nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringt

- Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen.
- Sonstige:

Benachrichtigende Person:

(Vorname, Nachname)

(Funktion)

(Telefonnummer)

(E-Mail-Adresse)

Nr.	Bezeichnung einzelner Bereiche der Einrichtung/ des Unternehmens	Anzahl der Beschäftigten in diesem Bereich	Davon: Anzahl ohne bzw. mit zweifelhaftem Nachweis	Ist die Funktionsfähigkeit des Bereiches ohne diese Beschäftigten sichergestellt? (Bei „nein“ bitte auf der Folgeseite erläutern!)
				<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"/> 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
Summe				

Bereich Nr.	Begründung für Ihre Einschätzung einer nicht sichergestellten Funktionsfähigkeit dieses Bereichs bzw. der Einrichtung

Platz für ergänzende freie Angaben falls gewünscht:

Berlin, den



(Datum)

(Unterschrift der benachrichtigenden Person)

Bearbeitungsvermerk: