

**Bundesweite Umsetzung der neuen Pflegedokumentation ("Strukturmodell")
Kontaktformular für interessierte Pflegeeinrichtungen und Träger**

1. Wir haben Interesse an der Umsetzung der effizienten Pflegedokumentation:	
1.2.	als Träger mit mehreren Einrichtungen: nur stationär <input type="checkbox"/> nur ambulant <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <input type="checkbox"/>
1.3.	als einzelner ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/>
1.4.	als einzelne stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>
2. Name des Trägers der Einrichtung/en: _____	
2.2.	frei gemeinnützig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> kommunal <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="checkbox"/>
2.3.	Name/Anschrift des Verbandes: _____
3. Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen des Trägers: <input type="checkbox"/>	
	davon ambulant <input type="checkbox"/> davon stationär <input type="checkbox"/>
4. Anschrift der teilnehmenden Einrichtung/en (Mehrfachnennungen möglich):	
4.1.	Name/Anschrift _____ _____ _____ _____
4.2.	Bundesland _____
5. Die Pflegedokumentation in unserer/n Einrichtung/en ist EDV-gestützt:	
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5.1.	Bei nein: Wir erwägen die Umstellung auf ein EDV-gestütztes Verfahren:
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5.2.	Bei ja: Welchen Hersteller haben Sie gewählt?: _____
6. Ansprechpartner/-in für das (geplante) Projektbüro beim Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung:	
6.1.	Name/Funktion _____ Anschrift _____ Telefon _____ E-Mail _____
6.2.	Entscheidung zur Teilnahme intern mit dem Träger abgestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
7. Bei Bedarf: Wir haben folgende Fragen zum Strukturmodell (bitte auf drei Fragen begrenzen):	
	_____ _____ _____
8. Ort/Datum	Unterschrift

Formular bitte per Email an pflege-patientenrechte@bmg.bund.de oder per Fax an 030 18441-3422