



Qualitätsfragebogen für Homecareanbieter

FÜR EIN ENTLASSMANAGEMENT MIT HEIMENTERALER UND/ODER HEIMPARENTERALER ERNÄHRUNG

Firma: _____
Ansprechpartner: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Email: _____
Datum: _____

- Enterale Ernährung
 Parenteral Ernährung
 Trinknahrung

Fragen zum Unternehmen und Mitarbeitern

1. Ist Ihr Unternehmen zertifiziert? Ja Nein
2. Wenn ja, welche Zertifizierungen liegen vor?

3. Welche Ausbildung haben Ihre Mitarbeiter, die für die enterale/parenterale Weiterversorgung zuständig sind?

4. Arbeiten Sie mit freiberuflichen Mitarbeitern zusammen? Ja Nein
5. Arbeiten Ernährungsfachkräfte in Ihrem Unternehmen? Ja Nein
6. Arbeiten Hygienebeauftragte in Ihrem Unternehmen? Ja Nein
7. Welches Einzugsgebiet (in km) haben Ihre Mitarbeiter?
8. Wie viele Patienten betreuen Ihre Mitarbeiter jährlich etwa?
9. Bestehen Kooperationen zu niedergelassenen Ärzten? Ja Nein
10. Bestehen Kooperationen mit Apotheken? Ja Nein
11. Bestehen Kooperationen mit Pflegediensten / Pflegeheimen? Ja Nein
12. Bestehen Kooperationen mit Sanitätshäusern? Ja Nein
13. Bestehen weitere Versorgungsschwerpunkte in Ihrem Unternehmen? Ja Nein
14. Wenn ja, welche?

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	1



Fragen zur Patientenversorgung

1. Ist die Versorgung innerhalb von 24 Stunden gewährleistet? Ja Nein
2. Wie ist die Erreichbarkeit für Patienten geregelt?
-
3. Kann die Erstversorgung der Patienten gewährleistet werden? Ja Nein
4. Kann der Erstkontakt bereits während des stationären Aufenthalts des Patienten stattfinden? Ja Nein
5. Kann ein Kostenvoranschlag erstellt werden? Ja Nein
6. Werden die Patienten über zu erwartende Rezeptgebühren informiert? Ja Nein
7. Können Patienten und/oder deren Angehörige angeleitet werden? Ja Nein
8. Wie oft werden Patienten mit enteraler Ernährung von Mitarbeitern Ihres Unternehmens besucht?
wöchentlich monatlich halbjährlich jährlich
9. Wie oft werden Patienten mit parenteraler Ernährung von Mitarbeitern Ihres Unternehmens besucht?
wöchentlich monatlich halbjährlich jährlich
10. Wie oft werden Patienten mit Trinknahrung von Mitarbeitern Ihres Unternehmens besucht?
wöchentlich monatlich halbjährlich jährlich
11. Wie oft werden Patienten telefonisch kontaktiert?
wöchentlich monatlich halbjährlich jährlich
12. Werden Rückmeldungen an die Zuweiser übermittelt? Ja Nein
13. Werden individuelle/leitliniengerechte Ernährungspläne für die Patienten erstellt? Ja Nein
14. Welche Qualifizierung haben die Mitarbeiter, die für die Erstellung von Ernährungsplänen zuständig sind?
-
15. Welche Kontrollparameter werden zur Erfolgskontrolle der Ernährungstherapie erhoben?
-
16. In welchem Rhythmus werden diese erhoben?
-
17. Steht den Patienten Ernährungsberatung durch Ihr Unternehmen zur Verfügung? Ja Nein

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	2



Qualitätsmanagement

1. Finden regelmäßige Schulungen Ihrer Mitarbeiter statt? Ja Nein
2. Welche Themen werden geschult? Wie oft findet die Schulung statt?
- | Themen: | monatlich | halbjährlich | jährlich |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
3. Nach welchen Leitlinien arbeitet Ihr Unternehmen?

4. Existieren Standardvorgehensweisen (SOPs) für Ihre Arbeitsabläufe? Ja Nein
5. Wenn ja, welche?
- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |
6. Existieren weitere Handlungsanweisungen zur Qualitätssicherung? Ja Nein
7. Wenn ja, welche?
- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |
8. Erfolgt der Portnadelwechsel durch Ihr Unternehmen? Ja Nein
9. Erfolgt der Portnadelwechsel durch den betreuenden Arzt? Ja Nein
10. Erfolgt der Portnadelwechsel durch den Pflegedienst? Ja Nein
11. Existiert eine Statistik über die Anzahl der Katheterinfektionen? Ja Nein

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	3



12. Gibt es Konsequenzen beim gehäuften Auftreten von Katheterinfektionen? Ja Nein

13. Wenn ja, welche?

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

Produkte

1. Ist eine Versorgung mit neutralen Produkten möglich? Ja Nein

2. Existiert ein Mindestlieferumfang? Ja Nein

3. Wenn ja, wie groß ist dieser?

Enterale Ernährung:

Parenterale Ernährung:

Trinknahrung:

4. Besteht die Möglichkeit des Compounding für parenterale Ernährung? Ja Nein

5. Verwenden Sie ausschließlich Compounding Produkte? Ja Nein

6. Müssen die Compounding Produkte gekühlt werden? Ja Nein

Enterale Ernährung

1. Verwenden Sie ausschließlich Pumpen zur Versorgung? Ja Nein

2. Verwenden Sie ausschließlich Schwerkraft zur Versorgung? Ja Nein

3. Verwenden Sie ausschließlich die Bolusapplikation? Ja Nein

Version	Erstellt	Freigegeben durch DGEM	Gültig bis:	Seite
1.0	01.09.2019	01.10.2019	01.10.2021	4