

# Befragung von Pflegediensten für Intensivpflege und Außerklinische Beatmung

## 1. Firmensitz, Kontaktdaten

Firmenname \_\_\_\_\_

Hauptsitz des Unternehmens

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Regional zuständiger Firmensitz für Hannover

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Regionaler Ansprechpartner für Hannover

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## 2. Seit wann bieten Sie Außerklinische Beatmung an?

\_\_\_\_\_

## 3. Haben Sie Erfahrungen mit NIV?

\_\_\_\_\_

**4. Welche Versorgungsformen bieten Sie an?**

Stationär                       Betreutes Wohnen/Wohngemeinschaft

Über wie viele Bettplätze für Beatmungspatienten verfügen Sie? \_\_\_\_\_

Ambulant

**5. In welchen Regionen sind Sie aktiv?**

Aufzählung von Postleitzahl-Gebieten / Regionen

---

---

**6. Versorgen Sie auch Kinder?**

ja                                       nein

**7. Welche Patienten mit Beatmungsabhängigkeit betreuen Sie?**

Neuromuskulär

Neurologisch

Thorakal restriktive Erkrankungen / OHS

COPD

Weitere \_\_\_\_\_

**8. Bieten Sie für Patienten und Angehörige über die pflegerische Versorgung hinausgehende Dienstleistungen an?**

Beratung zu sozial-rechtlichen Fragestellungen

Beratung zur Pflegefinanzierung

Organisation der Therapeutenversorgung (z.B. Physio-, Logo- und Ergotherapie)

Blutgasanalysen

Weitere Angebote \_\_\_\_\_

**9. Welche der folgenden Qualifikationen können Sie intern anbieten?**

Atmungstherapeut/in

Physiotherapie

Logopädie

Ergotherapie

Sonstiges

---

**10. Wie hoch ist der Anteil der Pflegekräfte mit folgenden Fachweiterbildungen?**

Fachweiterbildung Intensiv/Anästhesie: \_\_\_\_\_

Pflegeexperte für außerklinische Intensivpflege und Beatmung (200 Stunden): \_\_\_\_\_

Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (120 Stunden): \_\_\_\_\_

Mentoren / Praxisanleiter: \_\_\_\_\_

**11. Wie organisieren Sie die Fortbildung Ihrer Mitarbeiter?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. Durch welche ärztliche Berufsgruppe werden Ihre Beatmungspatienten an ihrem Wohnort betreut?**

Allgemeinmedizin / praktischer Arzt

Pneumologie

Innere Medizin

Anästhesie

andere \_\_\_\_\_

**13. Wie hoch ist der prozentuale Anteil ihrer Patienten, die regelmäßig von einem Beatmungszentrum betreut werden?**

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die Kooperation!**

**Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des Netzwerk verwendet und nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.**