**Bedarfsanmeldung Persönliche schutzausrüstung**

**in stationären Pflegeeinrichtungen/Ambulante Pflegedienste/Hospizen/Angbeboten der Eingliederungshilfe**

**Name der Einrichtung:**

**Adresse der Einrichtung:**

**Träger der Einrichtung:**

**🞏 Stationäre Pflegeeinrichtung: Gesamtzahl Plätze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (Dauerpflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege/Hospiz)**

**🞏 Ambulanter Dienst: Gesamtzahl Hausbesuche/Tag (Durchschnitt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**🞏 Angebote der Eingliederungshilfe: Gesamtzahl Plätze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **hIerbei Anteil der Angebotsteilnehmer über 60 Jahre in Prozent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%**

**Aktuell am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum) versorgte Anzahl von Personen mit speziellem PSA-Bedarf
wegen Corona/Corona-Verdacht/sonstigen Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuell am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum) pro Tag eingesetzte Anzahl Beschäftigte mit einem Bedarf
an Mund-Nasen-Schutz pro Tag als allgemeine Schutzmaßnahme gemäß der RKI-Empfehlung für
Pflegeeinrichtungen und Amb. Dienste vom 23.03.2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Von der Einrichtung am Meldetag benötigte PSA/vorhandene Vorräte/Belieferungswunsch**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Benötigtes Produkt** | Versorgungsbedarf(Stückzahl)**am Meldetag** | *Derzeitiger* ***Vorratsbestand****der Einrichtung**(Stückzahl)* | **Belieferungswunsch***(Stückzahl)*  | Anmerkungen |
| **Schutzbrillen:** |  |  |  |  |
| **FFP2-Masken:** |  |  |  |  |
| **FFP3-Masken:**  |  |  |  |  |
| **Mund-Nasen-Schutz:**  |  |  |  |  |
| **Einmal-Schutzkittel (langärmelig mit Bündchen):**  |  |  |  |  |
| **Einmalhandschuhe:**  | **Größe S** |  |  |  |  |
|  | **Größe M** |  |  |  |  |
|  | **Größe L** |  |  |  |  |
|  | **Größe XL** |  |  |  |  |

***Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***