

## Selbstauskunftsbogen für Einrichtungen des Ambulanten Operierens

Bitte füllen Sie diese Selbstauskunft am PC aus, unterschreiben Sie sie digital und senden Sie sie auf elektronischem Weg an das Gesundheitsamt zurück.

Falls Sie Probleme mit der digitalen Signatur haben, drucken Sie die am PC ausgefüllte Checkliste bitte aus, unterschreiben Sie sie und senden Sie sie auf dem Postweg oder per Mail zurück.

Hinweis: In dieser Checkliste wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit immer nur ein Geschlecht verwendet. Mit den verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, jedoch gleichwertig **alle** Geschlechter gemeint.

1 Kontaktdaten	
1.1	Name und Anschrift der Einrichtung
1.2	Telefon
1.3	Fax
1.4	E-Mail
1.5	Homepage
1.6	Gemeinschaftspraxis mit folgenden Ärzten
1.7	Rechnungsanschrift

<b>2</b>	<b>Allgemeine Angaben</b> (Zutreffendes Anklicken)	
2.1	Fachgebiet	
2.2	Arzt-Praxis mit Funktionsraum (z.B. Eingriffsraum, Endoskopieraum, Untersuchungsraum)	<input type="checkbox"/>
	Praxis für ambulantes Operieren	<input type="checkbox"/>
	Ambulantes OP-Zentrum	<input type="checkbox"/>
	Praxisklinik (ambulante OP, stationäre Versorgung)	<input type="checkbox"/>
2.3	Ich bin im Besitz einer Zulassung für das ambulante Operieren, aber ich führe weder in meiner Praxis <b>noch in externen Räumen</b> Operationen oder sonstige Eingriffe durch. <b>In diesem Fall brauchen Sie nur die Fragenkomplexe 5, 6, 11, 12 und 16 auszufüllen.</b>	<input type="checkbox"/>

<b>3 Personelle Ausstattung und Struktur</b>	
3.1	Verantwortlicher Arzt der Einrichtung
3.2	Zahl der Ärzte insgesamt
3.3	Zahl des qualifizierten Fachpersonals
3.4	Ist ein hygienebeauftragter Arzt benannt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Name, Position, Qualifikation
3.4	<b>Bitte Kopien des Nachweises über die erfolgreiche Teilnahme an einer 40-stündigen curricularen Fachweiterbildung und eines aktuellen Nachweises über die Teilnahme an mindestens 16 Stunden jährlicher Fortbildung zum Thema Hygiene mitsenden.</b>
	Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?
3.5	Ist eine hygienebeauftragte Pflegekraft benannt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Name, Position, Qualifikation
3.5	<b>Bitte Kopien des Nachweises über die erfolgreiche Teilnahme an einer 40-stündigen curricularen Fachweiterbildung und eines aktuellen Nachweises über die Teilnahme an mindestens 16 Stunden jährlicher Fortbildung zum Thema Hygiene mitsenden.</b>
	Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?

3.6	Steht der Praxis / Einrichtung eine externe hygienische Beratung durch eine Hygienefachkraft zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Name, Anschrift		
	Beschäftigungsumfang in Stunden p.a.  Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
3.7	Steht der Praxis / Einrichtung eine externe hygienische Beratung durch einen Krankenhaushygieniker zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Name, Anschrift,		
	Qualifikation		
	Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Curriculäre Fachweiterbildung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Beschäftigungsumfang in Stunden p.a.		
<b>Bitte Kopie der Risikoanalyse des Krankenhaushygienikers zur Ermittlung des erforderlichen Beschäftigungsumfangs von Hygienefachpersonal mitsenden.</b>			

	Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?
3.8	Steht der Praxis / Einrichtung eine klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische oder klinisch-pharmakologische Beratung zur Verfügung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Name, Anschrift, Qualifikation  Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?

<b>4</b>	<b>OP-Spektrum</b>	
4.1	Wie viele Operationen werden jährlich durchgeführt?	
	Es werden Eingriffe / Operationen gemäß den folgenden Risikoklassen durchgeführt:	
	<p><i>Gruppe I Nicht kontaminierte Region</i> (Gelenke, Knochen, Arthroskopien; Weichteile, Rumpf, Extremitäten; kein Kontakt zu besiedelten Organen)</p> <p>Welche?</p>	<input type="checkbox"/>
	<p><i>Gruppe II sauberkontaminiert</i> (oberer Gastrointestinaltrakt, Respirationstrakt, Urogenitaltrakt, Gyn., Oropharynx)</p> <p>Welche?</p>	<input type="checkbox"/>
4.2	<p><i>Gruppe III kontaminierte Region</i> (offene Fraktur, kontaminierte Haut- u Weichteildefekte, unterer Gastrointestinaltrakt)</p> <p>Welche?</p>	<input type="checkbox"/>
	<p><i>Gruppe IV manifest kontaminierte Region</i> (Abszess, Phlegmone, Fistel, Osteomyelitis, massiv kontaminierte Wunde, alle Pat. m. MRE)</p> <p>Welche?</p>	<input type="checkbox"/>

4.3	Welche Formen der Anästhesie werden durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Lokale Anästhesie <input type="checkbox"/> ITN <input type="checkbox"/> Larynxmaske <input type="checkbox"/> i.V.-Anästhesie <input type="checkbox"/> Spinalanästhesie <input type="checkbox"/> Lumbalanästhesie
4.4	Wer führt die Anästhesie durch?  Ggf. Name und Anschrift des externen Anästhesisten	<input type="checkbox"/> Anästhesist der Praxis  <input type="checkbox"/> externer Anästhesist
<b>5 Hygieneplan</b>		
5.1	Existiert ein aktueller, auf die Praxis abgestimmter Hygieneplan?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.2	Die letzte Aktualisierung erfolgte am	
5.3	Sind Regelungen für den Umgang mit resistenten Erregern Bestandteil des Hygieneplanes?  Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.4	Sind alle Mitarbeiter in den Hygieneplan eingewiesen und haben sie diese Einweisung schriftlich quittiert?  Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5.5	<p>Werden neue Mitarbeiter ebenfalls eingewiesen?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.6	<p>Hat jeder Mitarbeiter jederzeit Zugriff auf den Hygieneplan?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.7	<p>Werden regelmäßig Schulungen bestimmter Inhalte des Hygieneplanes durchgeführt oder wurden externe Hygienefortbildungen besucht?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.8	<p>Welche Mitarbeiter wurden hygienisch geschult?</p> <p>Falls Mitarbeiter nicht geschult wurden: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	<input type="checkbox"/> Ärzte <input type="checkbox"/> Assistenzpersonal <input type="checkbox"/> Reinigungspersonal <input type="checkbox"/> Aufbereitungspersonal
<b>6 Desinfektionspläne</b>		
6.1	Gibt es für alle Bereiche der Praxis aktuelle Desinfektionspläne?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6.2	<p>Hat jeder jederzeit Zugriff auf die Desinfektionspläne?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



<b>7</b>	<b>Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen sowie der Antibiotikaverbräuche</b>	
7.1	<p>Erfolgt eine Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen?</p> <p>Wenn „Ja“: Methode/System?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/></p>
7.2	<p>Erfolgt eine postoperative Nachverfolgung über Infektionen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, für die Dauer von 30 Tagen  <input type="checkbox"/> Ja, für die Dauer von                    Tagen  <input type="checkbox"/> Nein</p>	
7.3	<p>Wird ein gehäuftes Auftreten von nosokomialen Infektionen an das Gesundheitsamt gemeldet?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/></p>
7.4	<p>Werden nosokomiale Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen systematisch erfasst und bewertet?</p> <p>Existieren hierüber Aufzeichnungen?</p> <p>Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/></p>

7.5	Existieren Aufzeichnungen über die Höhe des Antibiotikaverbrauchs?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	<b>Bitte Kopie der Bewertung des Krankenhaushygienikers zu Antibiotikaverbräuchen und Resistenzsituation mitsenden.</b>		
	Wenn „Nein“: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
<b>8 Räumliche Ausstattung der Operations-/Eingriffsräume</b>			
8.1	Die Operationen werden ausschließlich in der Einrichtung durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.2	Die Operationen werden sowohl in der Einrichtung als auch in einem externen OP durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.3	Die Operationen werden ausschließlich in einem externen OP durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8.4	Wenn 8.2 oder 8.3 „Ja“: Name und Anschrift der Einrichtung		
<b>Fragen 8.5 bis 10.12 nur ausfüllen, wenn 8.1 bzw. 8.2 „Ja“</b>			
8.5	Anzahl der OP-Räume		
	• Separater Eingriffsraum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	• Waschraum/Waschplatz mit Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion außerhalb des OP-Raumes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	• Personalumkleideraum (2-Raum-Schleuse)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	• Patientenübergabe; ggf. Patientenumkleidemöglichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	• Lager für saubere Geräte, für Sterilgut und andere Vorräte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbereitungsraum für die Instrumente (unrein)</li> <li>• Reinigungsmittelraum / Entsorgungsraum</li> <li>• Raum oder Fläche für Narkoseeinleitung/-ausleitung</li> <li>• Möglichkeit zur Übergabe von reinen Gütern</li> <li>• Mitarbeiteraufenthaltsraum</li> <li>• Warteplatz für Patienten</li> <li>• Bettenabstellplatz</li> <li>• Raum oder Fläche zur Notfalllaboruntersuchung</li> <li>• Raum oder Fläche für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben</li> <li>• Vorbereitungsraum für Instrumentiertische</li> <li>• Aufwachraum</li> </ul>	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"/>
<b>9</b>	<b>Sonstige Räume</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Röntgenraum</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal-WC</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten-WC</li> </ul>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<b>Hygienische Ausstattung der Räume</b>		
10.1	Ist der Fußboden aus wasserundurchlässigem, desinfizierbarem, verschleiß- und rutschfesten Material?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.2	Befinden sich Bodenabläufe im OP-Fußboden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.3	Sind Wände, Decken und Flächen leicht zu reinigen und ggf. zu desinfizieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

10.4	Sind Leuchten, Heizkörper / Heizflächen, Hängeanschlüsse u.a. leicht zugänglich, allseitig zu reinigen und ggf. zu desinfizieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.5	Ist das Inventar so beschaffen, dass es gereinigt und desinfiziert werden kann?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.6	Gibt es geschützte Lagerungsmöglichkeiten für Sterilgut (Schränke, Schubladen o.ä.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.7	Werden Sterilgüter ohne Umverpackungen (z.B. Transportkartonagen) im Sterilgutlager gelagert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.8	Befinden sich Lagerschränke, Regale etc. innerhalb des OP-Raumes (nur beim Eingriffsraum erlaubt, beim OP nicht)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.9	Existiert in Aufbereitungsbereichen eine klare Trennung rein – unrein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.10	Sind für alle Mitarbeiter Umkleideschränke vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.11	Erfolgt eine Trennung von Berufs- und Privatkleidung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10.12	Gibt es eine Raumluftechnische Anlage (RLT)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Ja“, erfolgt eine regelmäßige jährliche Überprüfung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>11</b>	<b>Händehygiene</b>		
11.1	Ist das Händedesinfektionsmittel gelistet nach:		
	VAH-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	RKI-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	DIN-EN 14885	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Keine Listung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.2	Ist ein mindestens begrenzt-viruzid-plus oder ein voll viruzid-wirksames Händedesinfektionsmittel vorhanden (z.B. im Falle von Noro-Viren)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

11.3	Werden nur Originalgebinde verwendet (d.h. wird nicht von größeren auf kleinere Flaschen abgefüllt)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.4	Sind die Händedesinfektionsmittel mit Anbruchdatum versehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.5	Ist die Haltbarkeit nach dem ersten Öffnen festgelegt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.6	Sind Händedesinfektionsmittel-Flaschen, die nicht in Spender eingesetzt sind, verschlossen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.7	Stimmen die Produkte mit dem Desinfektionsplan/Hautschutzplan überein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.8	Sind die Mitarbeiter in die Durchführung der hygienischen Händedesinfektion eingewiesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.9	Wann erfolgte die letzte, jährlich vorgeschriebene Personalschulung zur Händehygiene mit Fluoreszenztest?		
11.10	Trägt das Personal keine Uhren und keinen Schmuck an Händen und Unterarmen und keine lackierten oder künstlichen Fingernägel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.11	Erfassen Sie die Verbrauchsmenge an Händedesinfektionsmittel pro Jahr?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wie hoch ist der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln in ml pro Jahr?		
	Letztes Jahr:		ml
	Vorletztes Jahr:		ml
11.12	Kommt Stückseife zum Einsatz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.13	Werden ausschließlich Einmalhandtücher verwendet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.14	Gibt es einen Hautschutzplan?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.15	Gibt es für den Hautschutz Fett- (W/O) und Feuchtigkeitscremes (O/W)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

11.16	Gibt es einen Handschuhplan?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11.17	Sind geeignete Schutzhandschuhe vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>12 Flächendesinfektion</b>			
12.1	Ist das <b>Flächendesinfektionsmittel</b> gelistet nach		
	VAH-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	RKI-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	DIN – EN 14885	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Keine Listung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.2	Werden begangene Flächen nach jeder OP desinfiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.3	Werden die Wischtücher und -bezüge mit einem anerkannten Waschverfahren aufbereitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Falls „Nein“, werden ausschließlich Einmaltücher verwendet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.4	Werden die Wischtücher und -bezüge nach dem Waschen trocken gelagert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.5	Liegt ein Kompatibilitätsnachweis für die Verwendung der Desinfektionsmittel im Zusammenhang mit den Reinigungstextilien vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.6	Wird mit einem Tuchspendersystem gearbeitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Die Tücher sind gebrauchsfertig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Die Tücher werden in einen Behälter eingesetzt und dieser dann mit einer Desinfektionslösung befüllt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wird der Behälter vor jedem neuen Befüllen aufbereitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

12.7	Wischbezüge und Reinigungstücher werden nach einmaliger Benutzung		
	erneut in die Lösung getaucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	nicht erneut in die Lösung getaucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12.8	Erfolgt die Dosierung des Flächendesinfektionsmittels über ein Dosiergerät?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wird dieses regelmäßig funktionell und mikrobiologisch überprüft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, in welchem Abstand		
	mikrobiologisch		
	Konzentration		
12.9	Bei manueller Dosierung:		
	Gibt es Dosierhilfen (z.B. Pumpe)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wird mit einem Beutelsystem gearbeitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>13</b>	<b>Instrumente</b>		
13.1	Ist das Instrumentendesinfektionsmittel gelistet nach		
	VAH-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	RKI-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Keine Listung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.2	Gibt es Instrumente, bei denen die Aufbereitung mit der Desinfektion endet, d.h. die nicht sterilisiert werden müssen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Ja“, steht für diesen Fall ein Instrumentendesinfektionsmittel mit voller Viruzidie zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13.3	Werden ausschließlich Originalgebinde verwendet (d.h. wird das Desinfektionsmittel nicht in andere Behältnisse umgefüllt)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

13.4	Sind geeignete Desinfektionswannen mit Deckel und Siebeinlage vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>14</b>	<b>Hautantiseptik</b>		
14.1	Ist das Hautdesinfektionsmittel gelistet nach		
	VAH-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	RKI-Liste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Keine Listung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.2	Sind die unterschiedlichen Einwirkzeiten für das Hautdesinfektionsmittel in Bezug auf Körperareal und Maßnahme schriftlich geregelt? (talgdrüsenreiche / talgdrüsenarme Haut, Punktionsort etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.3	Werden ausschließlich Originalgebinde verwendet und das Desinfektionsmittel nicht in andere Behältnisse umgefüllt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14.4	Stehen sterile Tupfer für Eingriffe zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>15</b>	<b>Sterilisation / Sterilgut / Aufbereitung</b>		
15.1	Sind die Zuständigkeiten und die praktische Durchführung aller Aufbereitungsschritte klar geregelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.2	Gibt es schriftliche Regelungen für die Lagerbedingungen und -fristen von Sterilgut, welches nicht industriell hergestellt wurde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.3	Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem (Einweg-) Material (z.B. Schränke, Schubladen, verschließbare Boxen)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.4	Erfolgt die Sterilisation in der eigenen Einrichtung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Nein“, wo dann?		
15.5	Welches Sterilisationsverfahren kommt zum Einsatz?		



15.6	Handelt es sich um ein validiertes Sterilisations-Verfahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.7	Ist eine Inventarliste des Instrumentariums vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.8	Liegt eine Risikoanalyse, Risikobewertung und -einstufung von Medizinprodukten vor Aufbereitung schriftlich vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.9	Werden ausschließlich Medizinprodukte der Kategorie von höchstens Semikritisch - A sowie Kritisch - A in der Einrichtung aufbereitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Sind Kenntnisse der angewandten Aufbereitungsverfahren vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.10	Werden auch Medizinprodukte der Klasse Kritisch - B (z. B. MIC, Trocar) und höher aufbereitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.11	Haben die verantwortliche Person und deren Stellvertretung den DGSV Kurs I absolviert	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	oder, bei Personen mit einer Ausbildung in einem medizinischen Beruf, einen vergleichbaren Sachkundekenntnisnachweis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.12	Erfolgt die Desinfektion		
	maschinell?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	teilmaschinell?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	manuell?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.13	Handelt es sich um ein validiertes Desinfektions-Verfahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15.14	Ist stets eine Dokumentation der Freigabeentscheidung vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>16</b>	<b>Medikamente</b>		
16.1	Werden die Medikamente im Medikamentenkühlschrank bzw. Medikamentenschrank gelagert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16.2	Lagern im Medikamentenkühlschrank ausschließlich Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

16.3	Werden nur Einzeldosisampullen benutzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Nein“, warum nicht?		
16.4	Werden angebrochene Medikamente mit Anbruchdatum versehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Nein“, warum nicht?		
16.5	Werden die Kühltemperaturen überwacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Erfolgt die Überwachung mit einem Minima-Maxima-Thermometer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Wenn „Nein“, warum nicht?		
<b>17</b>	<b>Wäsche / Schutzkleidung</b>		
17.1	Steht den Mitarbeitern eine Bereichskleidung zur Verfügung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17.2	Wo wird die Bereichskleidung gewaschen?		
	In der eigenen Einrichtung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

17.3	Die OP-Kleidung ist:	
	Einmalkleidung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mehrwegkleidung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17.4	Bei Mehrwegkleidung: Wo wird diese gewaschen?	
	In der eigenen Einrichtung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17.5	Welche Kleidung wird für jeden Eingriff / jede OP <i>neu</i> angelegt?	
	steriler OP-Mantel	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mund-Nasen-Schutz	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Kopfhaube	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	sterile Handschuhe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17.6	Welche Art des Abdeckmaterials wird verwendet?	
	Einmalmaterial	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mehrwegmaterial	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
17.7	Bei Mehrwegmaterial: Wo wird dieses aufbereitet?	
	In der eigenen Einrichtung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**18      Raum für Bemerkungen**

Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_