

Beispiel QM-Anforderung nach §36 IfSG



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf
Kölner Str. 180
40227 Düsseldorf

Fragebogen zur Begehung einer ambulanten Behandlungseinrichtung

Die Datenerfassung erfolgt im Rahmen der Überwachungspflicht des Gesundheitsamts gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Verbindung mit § 17 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

1 Angaben zur Struktur der Einrichtung

Name der Einrichtung

Anschrift

Telefon / Fax

E-mail

	Name	Facharzt / -ärztin für
Praxisinhaber / -in	1)	
	2)	
	3)	
angestellte Ärzte / -innen	1)	
	2)	
	3)	
	4)	

Anzahl der Beschäftigten

Arzthelfer / -innen

sonstige

Bei der Einrichtung handelt es sich um eine

- Praxis
- Praxisklinik
- Klinik (nach § 30 GewO)

der Fachrichtung

- Chirurgie
- Gynäkologie
- Plastische / Ästhetische Chirurgie
- HNO
- Orthopädie
- Urologie
- Augenheilkunde
- Zahnheilkunde / MKG



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf
Kölner Str. 180
40227 Düsseldorf

Fragebogen zur Begehung einer ambulanten Behandlungseinrichtung

Werden in Ihrer Praxis Anästhesien durch einen Anästhesisten / einer Anästhesistin durchgeführt? ja nein
Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen und Anschrift des Anästhesisten / der Anästhesistin

Wird Patienten in der Praxis die Möglichkeit zur Übernachtung angeboten? ----- ja nein

Besteht eine Partnerschaft für postoperative Maßnahmen (z.B. bei Komplikationen) zu einer anderen Einrichtung? ----- ja nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen und Anschrift der Einrichtung

2 Angaben zum Spektrum invasiv-diagnostischer Untersuchungen, invasiver Eingriffe bzw. ambulanter Operationen

Werden in Ihrer Einrichtung invasiv-diagnostische Untersuchungen (z.B. Endoskopie) durchgeführt? ----- ja nein

Wenn ja, nennen Sie bitte die 5 häufigsten in Ihrer Einrichtung durchgeführten invasiv-diagnostischen Untersuchungen:

	Anzahl / Jahr	Art der invasiv-diagnostischen Untersuchung
1		
2		
3		
4		
5		

Werden in Ihrer Einrichtung Operationen / operative Eingriffe durchgeführt? ----- ja nein
Wenn ja, nennen Sie bitte die 10 häufigsten in Ihrer Einrichtung durchgeführten Operationen / operativen Eingriffe:

	Anzahl / Jahr	Art der Eingriffe / Operationen
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



3 Allgemeine Angaben

- Besteht für die Praxis ein Hygieneplan gemäß § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)?
_____ ja nein
- Sind alle Mitarbeiter über dessen Inhalt informiert? _____ entfällt ja nein
- Finden hierzu regelmäßig Belehrungen statt? _____ entfällt ja nein
 - Wird die Teilnahme an den Belehrungen schriftlich dokumentiert?
_____ entfällt ja nein
- Besteht für die Praxis ein Reinigungs- / Desinfektionsplan? _____ ja nein
 - Ist der Reinigungs- / Desinfektionsplan für alle sichtbar ausgehängt?
_____ entfällt ja nein
- Wird das Personal regelmäßig über den sachgerechten Umgang mit Medizinprodukten (z.B. Endoskop-Aufbereitung) belehrt? _____ ja nein
 - Wird die Teilnahme an den Belehrungen schriftlich dokumentiert?
_____ entfällt ja nein
- Werden Personen mit potentiell ansteckenden Infektionskrankheiten (besondere Bedeutung in Praxen für Kinderheilkunde) am Eingang auf entsprechende Zutrittsregelungen hingewiesen?
_____ entfällt ja nein
- Für Praxen, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden:
Wird in der Praxis eine Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen gemäß § 23 IfSG durchgeführt? _____ entfällt ja nein

4 Personenschutz

- Wurde für die Arbeitsplätze der Beschäftigten nach § 5 Arbeitsschutzgesetz eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?
_____ ja nein
- Werden den Beschäftigten entsprechend der Gefährdungsbeurteilung arbeitsmedizinische Untersuchungen, Beratungen sowie die Durchführung erforderlicher Impfmaßnahmen angeboten? _____ ja nein
- Wird den Beschäftigten Schutzkleidung zur Verfügung gestellt? _____ ja nein
- Werden bei Arbeiten mit Kontaminationsgefahr Handschuhe getragen? _____ ja nein
 - bei i.v.-Injektionen _____ ja nein
 - bei i.m.-Injektionen _____ ja nein
 - Verbandswechsel _____ ja nein
 - Aufbereitung von Instrumenten _____ ja nein
- Werden die Kanülen nach Gebrauch in Schutzhüllen zurückgesteckt? _____ ja nein

5 Räumliche Bedingungen / räumliche Ausstattung

- Besteht ein gesonderter Bereich für operative Eingriffe / Operationen? _____ ja nein
- Sind die Fußböden in den Behandlungsräumen / in dem Eingriffsraum / in dem OP-Bereich leicht zu reinigen und zu desinfizieren?
_____ ja nein
- Sind die Wände in dem Eingriffsraum / in dem OP-Bereich leicht zu reinigen und zu desinfizieren? _____ entfällt ja nein



Fragebogen zur Begehung einer ambulanten Behandlungseinrichtung

- Hat das Inventar des Untersuchungs- und Behandlungsbereichs eine Desinfektionsmittelbeständige Oberfläche? _____ ja teilweise nein
- Werden zur Lagerung Schränke benutzt? _____ ja teilweise nein
- Werden zur Lagerung offene Regale benutzt? _____ ja teilweise nein

Behandlungsräume _____ entfällt

- Anzahl der Behandlungsräume: _____
- Werden als Sichtschutz Gardinen verwendet? _____ ja nein
- Werden als Sichtschutz abwischbare Lamellenvorhänge verwendet? _____ ja nein
- Sind in den Behandlungsräumen Pflanzen vorhanden? _____ ja nein
- Sind die Behandlungsräume mit Handwaschbecken ausgestattet? _____ ja nein
 - Sind die Mischbatterien nur über direkten Handkontakt zu bedienen? _____ ja nein
 - Sind wandständige Spender vorhanden für
 - Desinfektionsmittel? _____ ja nein
 - Flüssigseife? _____ ja nein
 - Sind diese Spender mit dem Ellenbogen zu bedienen? _____ ja nein
 - Erfolgt das Abtrocknen der Hände mit
 - Einmalhandtüchern? _____ ja nein
 - Textilhandtüchern? _____ ja nein
- Sind für den Abfall vorhanden
 - an der Wand befestigte Abwurfbehälter? _____ ja nein
 - auf dem Boden stehende Abfalleimer? _____ ja nein
 - Sind diese offen? _____ ja nein
 - Sind diese mit Schwingdeckeln versehen? _____ ja nein
 - Sind diese mit Klappdeckeln versehen, die über ein Fußpedal zu öffnen sind? _____ ja nein

Bereich für operative Eingriffe / Operationen _____ entfällt

- räumliche Ausstattung:

<input type="checkbox"/> Personalschleuse	<input type="checkbox"/> Aufbereitungs- / Sterilisiererraum
<input type="checkbox"/> Patientenschleuse	<input type="checkbox"/> unreiner Arbeitsraum (Entsorgungsraum)
<input type="checkbox"/> Waschraum	<input type="checkbox"/> Geräteraum
<input type="checkbox"/> OP-Raum	<input type="checkbox"/> Ein- / Ausleitungsraum
<input type="checkbox"/> Aufwachraum	
- Ist eine raumluftechnische Anlage (RLT-Anlage) installiert? _____ ja nein
 - Falls ja, welche Art der Außenluftfiltration ist installiert?

<input type="checkbox"/> einstufige Filtration	<input type="checkbox"/> zweistufige Filtration
<input type="checkbox"/> dreistufige Filtration	
<input type="checkbox"/> _____	

- Wird die RLT-Anlage regelmäßig überprüft? _____ ja nein



- Welche Parameter werden kontrolliert?
 - Keimzahl
 - Luftströmung
 - Partikelzahl
 - keine der genannten
- In welchen Intervallen finden die Kontrollen / Wartungen statt?
 - jährlich
 - nach Reparaturen
 - halbjährlich
 - nach Wechsel der letzten Filterstufe
 - _____
- Sind die Wartungsarbeiten dokumentiert? ----- ja nein

Aufbewahrungsräume

- Bestehen gesonderte Aufbewahrungsräume
 - für Sterilgut? ----- ja nein
 - für Medikamente?----- ja nein
 - für saubere Wäsche? ----- ja nein
 - für Schmutzwäsche?----- ja nein

Sanitäre Anlagen

- Sind getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten vorhanden?----- ja nein
- Sind die Waschbecken ausgestattet mit

	<u>Personal</u>	<u>Patienten</u>
- Händedesinfektionsmittel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- Flüssigseife	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- Stückseife	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- Einmalhandtüchern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- Textilhandtüchern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
- Hygienebeuteln	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

6 Händedesinfektion

- Welches Händedesinfektionsmittel wird verwendet? (Produktname / Hersteller)

- Befindet sich das Desinfektionsmittel in
 - Wandspendern, die über Ellenbogenkontakt bedienbar sind? ----- ja nein
 - Wandspendern, die nur über direkten Handkontakt bedienbar sind? ----- ja nein
 - Standflaschen ----- ja nein
 - Sprühflaschen ----- ja nein
 - Werden vorhandene Behälter mit Händedesinfektionsmittel nachgefüllt? ----- ja nein



7 Hautdesinfektion

- Welches Hautdesinfektionsmittel wird verwendet? (Produktname / Hersteller)

- Werden zur Hautdesinfektion
 - Alkohol-getränkte Einmaltupfer aus Vorratsbehältern verwendet? ----- ja nein
 - selbst sterilisierte Tupfer aus der Trommel o.ä. verwendet?----- ja nein
 - sterilisierte Tupfersets verwendet?----- ja nein
 - sonstiges: _____

8 Umgang mit Medikamenten

- Wo werden Medikamente aufbewahrt?
 - verschlossen im Medikamentenschrank ----- ja nein
 - offen in Regalen / auf Ablagen ----- ja nein
 - im Medikamentenkühlschrank ----- ja nein
- Wenn ein Medikamentenkühlschrank vorhanden ist:
 - Ist dieser mit einem Kühlschrankthermometer versehen?----- ja nein
- Werden regelmäßig Kontrollen zum Verfalldatum durchgeführt? ----- ja nein

9 Umgang mit sonstigen Materialien

- Aufbewahrung von Sterilgut im
 - Behandlungszimmer (Arzt- / Arzthelferinnenraum)----- ja nein
 - Materiallager ----- ja nein
 - Wäscheraum----- ja nein
 - sonst. Räume: _____ ja nein
- Existiert ein Standglas mit Pinzette / Kornzange? ----- ja nein
 - Ist das Glas mit Desinfektionsmittel gefüllt? ----- entfällt ja nein



10 Instrumentenaufbereitung

- Wird ausschließlich Einwegmaterial verwendet ----- ja nein

- Wenn nein, welche Instrumente werden ausschließlich gereinigt (R), welche regelmäßig desinfiziert (D) / sterilisiert (S)?

- | | | | |
|---|--|-------------------------|--|
| 1) Scheren | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 16) Ultraschallköpfe | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 2) Pinzetten | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 17) EKG-Elektroden u.ä. | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 3) Klemmen | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 18) flexible Endoskope | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 4) Halter | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 19) starre Endoskope | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 5) Skalpelle | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 20) Verneblerteile | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 6) scharfe Löffel | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 21) Befeuchterbehälter | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 7) sonstige Geräte für minimal-invasive Chirurgie | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 22) Absaugschläuche | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 8) Fräsköpfe u.ä. (z.B. Fußpflege) | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 23) Sekretbehälter | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 9) Akupunkturnadeln | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 24) Atemschläuche | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 10) Lanzetten | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 25) Atemmaske | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 11) Standglas | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 26) Ambu-Beutel | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 12) Kornzange | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 27) _____ | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 13) Thermometer | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 28) _____ | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 14) Stethoskope | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 29) _____ | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |
| 15) Blutdruckmanschetten | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | 30) _____ | R <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> |

- Welche Instrumente werden als Einmalmaterial verwendet? -----keine

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 01 <input type="checkbox"/> | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> | 08 <input type="checkbox"/> | 09 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> | 17 <input type="checkbox"/> | 18 <input type="checkbox"/> | 19 <input type="checkbox"/> | 20 <input type="checkbox"/> |
| 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> | 25 <input type="checkbox"/> | 26 <input type="checkbox"/> | 27 <input type="checkbox"/> | 28 <input type="checkbox"/> | 29 <input type="checkbox"/> | 30 <input type="checkbox"/> |

- Welche Instrumente werden in einem Reinigungs-Desinfektionsautomaten aufbereitet?

keine

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 01 <input type="checkbox"/> | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> | 08 <input type="checkbox"/> | 09 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> | 17 <input type="checkbox"/> | 18 <input type="checkbox"/> | 19 <input type="checkbox"/> | 20 <input type="checkbox"/> |
| 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> | 25 <input type="checkbox"/> | 26 <input type="checkbox"/> | 27 <input type="checkbox"/> | 28 <input type="checkbox"/> | 29 <input type="checkbox"/> | 30 <input type="checkbox"/> |

- Wie und wie oft erfolgt eine Kontrolle des Reinigungs-Desinfektionsautomaten?



- Welches Instrumentendesinfektionsmittel (Handelsname / Hersteller) wird verwendet?
- _____
- In welcher Konzentration? _____
- Welche Einwirkzeit wird beachtet? _____
- Wechselrhythmus des Desinfektionsmittels:
- _____
- Wie und wann erfolgt das Ansetzen des Desinfektionsmittels?
 - manuell nach genauen Vorgaben ----- ja nein
 - mittels Wanddosiergerät ----- ja nein
 - nach der Schussmethode ----- ja nein
 - nach sichtbarer Verschmutzung ----- ja nein
 - nach grober Verschmutzung ----- ja nein
 - arbeitstäglich ----- ja nein
 - _____
- Wie wird das in Gebrauch befindliche Desinfektionsmittel aufbewahrt?
 - in geschlossenen Behältnissen ----- ja nein
- Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums
 - im Behandlungszimmer ----- ja nein
 - in einem speziellen Aufbereitungsraum ----- ja nein
 - in einem sonstigen Raum (_____) ----- ja nein
- Wo und wie erfolgt die Trocknung und die Aufbewahrung der aufbereiteten Teile?
- _____
- _____
- _____
- _____
- Befindet sich ein Sterilisator in der Praxis? ----- ja nein
 - Wenn ja,
 - handelt es sich um einen Dampfsterilisator? ----- ja nein
 - handelt es sich um einen Heißluftsterilisator? ----- ja nein
 - sonstige Sterilisationsgeräte: _____
- Erfolgt eine Dokumentation der Sterilisationsvorgänge? ----- ja nein
- Werden regelmäßig Kontrollen des Sterilisators durchgeführt? ----- ja nein
 - Wenn ja,
 - mittels Bioindikatoren (Sporenstreifen) ----- ja nein
 - wie oft? _____



- mittels Chemoindikatoren (Teststreifen, Bowie-Dick) ----- ja nein
 - wie oft? _____
- andere: _____
- Wann erfolgte die letzte mikrobiologische Kontrolle des Sterilisators? _____
(Befund bitte in Kopie diesem Fragebogen beifügen)
- Erfolgt die Sterilisation in einer anderen Einrichtung? ----- ja nein
- Wenn ja, wo? _____

11 Flächenreinigung und -desinfektion

- Welches Flächendesinfektionsmittel (Handelsname / Hersteller) wird verwendet?

- In welcher Konzentration? _____
- Welche Einwirkzeit wird beachtet? _____
- Wie erfolgt die Reinigung bzw. Desinfektion in ausgewählten Praxisbereichen?

	Wischdesinfektion			Feuchtreinigung (Reinigungsmittelzusatz)		Staub- saugen
	regelmäßig ¹	bei Bedarf	nach Kontamination	regelmäßig ¹	bei Bedarf	regelmäßig ¹
Untersuchungsraum (Fußboden)	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Behandlungsraum (Fußboden)	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Untersuchungsliegen u.ä.	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Arbeitsflächen	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Diagnostikräume (Fußboden)	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Wartezimmer						
- Fußboden	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
- Kinderspielzeug	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
Sanitärräume						
- Fußboden	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
- Handwaschbecken	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
- WC	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

¹ bitte Intervalle eintragen

12 Wäsche

- Welche Auflagen werden für die Behandlungsliegen benutzt?
 - Es werden keine Auflagen benutzt ----- ja nein
 - Textillaken / -decken ----- ja nein
 - Papierlaken ----- ja nein
- Wie häufig erfolgt der Wechsel der Auflagen?
 - nach jedem Patienten ----- ja nein



- bei Bedarf ----- ja nein
- täglich ----- ja nein
- wöchentlich ----- ja nein
- Wie erfolgt die Aufbereitung der Schmutzwäsche (einschließlich Schutzkleidung)?
 - Reinigung durch Fremdfirma ----- ja nein
 - Waschmaschine in der Praxis ----- ja nein
 - im häuslichen Bereich ----- ja nein
 - bei welcher Temperatur und mit welchem Waschmittel wird die Praxiswäsche gewaschen? _____
- Wo wird die Schmutzwäsche gesammelt?
 - in einem separate Schmutzwäscheraum ----- ja nein
 - in einem Wäscheraum (gemeinsam mit sauberer Wäsche) ----- ja nein
 - im Behandlungszimmer ----- ja nein
 - in sonstigen Räumen ----- ja nein
- Werden für Operationen ausschließlich sterile Einmalmaterial (OP-Kittel, Abdecktücher etc.) verwendet? ----- entfällt ja nein
- Wird Wäsche selbst sterilisiert? ----- entfällt ja nein

13 Abfallentsorgung

- Wird aus Gründen der Infektionsverhütung bzw. aus toxikologischen Gründen eine Trennung der Abfälle vorgenommen? ----- ja nein
- Wie werden mit Blut bzw. Sekreten kontaminierte Abfälle entsorgt?

- Wie werden Organteile entsorgt? ----- entfällt

- Erfolgt der Abwurf ohne Handbedienung? ----- ja nein
- Wie werden Kanülen und Einwegspritzen entsorgt?
 - zusammen mit dem übrigen Abfall in Müllsäcken ----- ja nein
 - in bruch- und stichsicheren Abfallgefäßen (später mit dem normalen Müll) --- ja nein

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift