



Checkliste zur Überprüfung von Arztpraxen

1. Allgemeine Angaben

Einrichtung	
Anschrift	

1.1 Organisationsform

Praxis	☐	Gemeinschaftspraxis	☐
Praxisgemeinschaft	☐	Praxisklinik	☐

1.2 Personal

Inhaber/ Ärztlicher Leiter	
Zahl (angestellte) Ärzte	
Zahl MFA	
davon abgeschlossene Ausbildung	

1.3 Überprüfung

Überprüfungsdatum	
Überprüfungsdauer	
Teilnehmer Einrichtung	
Teilnehmer RGU-HU-IHM	
Sonstige	

Erstmalige Überprüfung	☐ ja	☐ nein
Nachkontrolle / Wiederholungsüberprüfung	☐ ja	☐ nein

1.4 Leistungsspektrum

Anzahl Patienten/Quartal		
Infusionen	☐ ja	☐ nein
Injektionen i.v., i.m.	☐ ja	☐ nein
Postoperative Nachsorge / Wundversorgung	☐ ja	☐ nein
Sonstiges (Gelenkpunktionen, Inhalationen etc.)	☐ ja	☐ nein

2. Infektionshygienische Überprüfung

2.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

2.1.1	Behandlungszimmer	☐ ja	☐ nein
	Anzahl		
	Eingriffsraum	☐ ja	☐ nein
	Anzahl		
2.1.2	Hygienegerechte Ausstattung	☐ ja	☐ nein
2.1.2.1	Flächendesinfizierbare Oberflächen	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.1.2.2	Händewaschplätze gem. TRBA 250 (und KRINKO-Vorgaben)		
	Behandlungsräume	☐ ja	☐ nein
	Medizinprodukteaufbereitungsraum	☐ ja	☐ nein
	Personaltoilette(n)	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.1.3	Separater Medizinprodukteaufbereitungsraum	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
	wenn nein, sonstige Nutzung:		

2.2 Hygienemanagement / allgemeine Hygiene

2.2.1	Externe Betreuung	☐ ja	☐ nein
	Name		
	Anschrift		
2.2.2	Vorliegen eines Hygieneplans	☐ ja	☐ nein
	angepasst	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.2.3	Vorliegen eines Reinigungs- und Desinfektionsplans	☐ ja	☐ nein
	angepasst	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.2.4	Dokumentierte Personaleinweisung in Hygieneplan und RDP	☐ ja	☐ nein
2.2.5	Tragen von Schmuck / Uhren	☐ ja	☐ nein
	Lange / künstliche Fingernägel / Nagellack	☐ ja	☐ nein

2.3 Vorhaltung von Desinfektionsmitteln

2.3.1	Händedesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt:		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Originalgebinde	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum:	Beschriftung mit Anbruchsdatum	☐ ja
2.3.2	Hautdesinfiziermittel	☐ ja	☐ nein

2.3.3	Produkt:			
	VAH-Liste		☐ ja	☐ nein
	Originalgebinde		☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum:	Beschriftung mit Anbruchsdatum	☐ ja	☐ nein
2.3.6	Flächendesinfektionsmittel		☐ ja	☐ nein
	Produkt:			
	VAH-Liste		☐ ja	☐ nein
2.3.6	Ablaufdatum:			
	Die vorgehaltenen Desinfektionsmittel stimmen mit dem Hygieneplan überein		☐ ja	☐ nein
2.4	Umgang mit Medizinprodukten			
2.4.1	Medizinprodukteaufbereitung Instrumente semikritisch und kritisch (falls ja, siehe Anlage „Medizinprodukteaufbereitung“)		☐ ja	☐ nein
2.4.2.	Umgang mit Sterilgut			
2.4.2.1	Mehrfachentnahme von Sterilgut aus einem Container		☐ ja	☐ nein
2.4.2.2	Sterilgutlagerung geschlossen		☐ ja	☐ nein
2.4.2.3	Verfallsdaten von Sterilgut / Einmalmaterial beachtet		☐ ja	☐ nein
	Wenn nein, Liste			
	Bereich	Einmalmaterial / Sterilgut	Haltbarkeit bis	
2.4.3	Aktive Medizinprodukte vorhanden		☐ ja	☐ nein
2.4.3.1	Blutdruckmessgerät		☐ ja	☐ nein
	Messtechnische Kontrolle		☐ ja	☐ nein
2.4.3.2	EKG		☐ ja	☐ nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle		☐ ja	☐ nein
2.4.3.3	Sonographiegerät		☐ ja	☐ nein
	Wartung		☐ ja	☐ nein
	Sachgerechte Aufbereitung der Sonden		☐ ja	☐ nein
2.4.3.4	Ergometer		☐ ja	☐ nein
	Wiederverwendbare Elektroden aufbereitet gemäß Herstellerangaben		☐ ja	☐ nein
	Messtechnische Kontrolle		☐ ja	☐ nein
2.4.2.5	Defibrillator		☐ ja	☐ nein
	Sicherheitstechnische Kontrolle		☐ ja	☐ nein
	einsatzbereit		☐ ja	☐ nein
2.4.3.6			☐ ja	☐ nein
	Gerätename			

	Jährliche Wartung	☐ ja	☐ nein
2.5.	Reinigung / Desinfektion - Flächen		
2.5.1	Flächendesinfektion		
2.5.1.1	Durchführung MFA	☐ ja	☐ nein
	Durchführung Reinigungskraft	☐ ja	☐ nein
2.5.1.2	Korrekte Dosierung	☐ ja	☐ nein
2.5.1.3	Korrekte Einwirkzeiten	☐ ja	☐ nein
2.5.1.4	Korrekte Indikation	☐ ja	☐ nein
2.5.1.5	Sprühdesinfektion	☐ ja	☐ nein
	Bei:		
	Ausschließlich:	☐ ja	☐ nein
2.5.1.6	Einmaltücher	☐ ja	☐ nein
2.5.2	Reinigung		
2.5.2.1	Durchführung eigenes Personal	☐ ja	☐ nein
	Durchführung Firma:	☐ ja	☐ nein
2.5.2.2	Einweisung Reinigungskraft nachvollziehbar	☐ ja	☐ nein
2.5.2.3	Wechsel-Mop-Verfahren	☐ ja	☐ nein

2.6.	Umgang mit Medikamenten		
2.6.1	Lagerung in verschließbarem / verschlossenem Schrank	☐ ja	☐ nein
2.6.2	Haltbarkeitsdaten beachtet	☐ ja	☐ nein
	Wenn nein, Liste		
	Bereich	Medikament	Verfalldatum
	Anbruchsdatum vermerkt (z.B. Salben)		☐ ja ☐ nein
2.6.3	Medikamentenkühlschrank vorhanden	☐ ja	☐ nein
	Kühlschrankthermometer / Temperaturkontrolle	☐ ja	☐ nein
	Dokumentation	☐ ja	☐ nein
2.6.4	Mehrdosisbehältnisse	☐ ja	☐ nein
2.6.4.1	Mit Konservierungsstoffen	☐ ja	☐ nein
	Anbruchsdatum vermerkt	☐ ja	☐ nein
	Haltbarkeit beachtet	☐ ja	☐ nein
	mini-spike	☐ ja	☐ nein
2.6.4.2	Ohne Konservierungsstoffe	☐ ja	☐ nein

	Defizite:		
2.6.4.3	Salben Entnahme mit Spatel	☐ ja	☐ nein
	Anbruchsdatum vermerkt	☐ ja	☐ nein
2.6.5	Zubereitung von Parenteralia – Demonstation (fakultativ)	☐ ja	☐ nein
	Hygienische Mängel	☐ ja	☐ nein
2.6.6	Notfallkoffer	☐ ja	☐ nein
	ausgestattet entsprechend dem „Ulmer Koffer“	☐ ja	☐ nein
	Defizite:		
2.6.7	Korrekte Aufbewahrung der Rezeptformulare (verschlossen)	☐ ja	☐ nein
2.6.8	Betäubungsmittel vorhanden	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, weiter mit Checkliste BtM-Überprüfung allgemein		

2.7.	Abfallentsorgung		
2.7.1	Durchstichsichere Behälter für sharps (LAGA-Schlüssel 18 01 01,LAGA-Gruppe B)	☐ ja	☐ nein

2.8.	Arbeitskleidung / Persönliche Schutzausrüstung		
2.8.1.1	Arbeitskleidung wird getragen von		
	Arzt / Ärztin	☐ ja	☐ nein
	Praxispersonal	☐ ja	☐ nein
2.8.1.2	Getrennte Aufbewahrung		
	Arbeits-/Privatkleidung	☐ ja	☐ nein
	Saubere / Schmutzwäsche	☐ ja	☐ nein
2.8.2	PSA wird in ausreichender Menge vorgehalten	☐ ja	☐ nein
	Einmalhandschuhe (Untersuchung)	☐ ja	☐ nein
	Desinfektionsmittelbeständige Handschuhe	☐ ja	☐ nein
	Einmalschürzen	☐ ja	☐ nein
	Mund-Nasen-Schutz	☐ ja	☐ nein
	Schutzbrille	☐ ja	☐ nein

2.9.	Wäsche		
2.9.1	Praxiswäsche		
	Aufbereitung intern	☐ ja	☐ nein
	Desinfizierendes Waschverfahren	☐ ja	☐ nein
	Produkt:	Temperatur	
	Desinfektion Trommelauslass	☐ ja	☐ nein
	PSA beim Umgang mit kontaminierter Wäsche (Handschuhe, Einmalschürze)	☐ ja	☐ nein
	Mikrobiologische Kontrollen	☐ ja	☐ nein
	Aufbereitung extern	☐ ja	☐ nein
	Zertifiziertes Unternehmen	☐ ja	☐ nein
	Aufbereitung im häuslichen Bereich	☐ ja	☐ nein

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	5	Seite 5 von 6



Checkliste

zur Überprüfung ambulant operierender Einrichtungen

1. Allgemeine Angaben

Einrichtung	
Anschrift	

1.1 Organisationsform

Praxisgemeinschaft	☐	AOZ	☐	Tagesklinik	☐
Gemeinschaftspraxis	☐	Klinik	☐		☐
MVZ	☐	Praxisklinik	☐		

1.2 Personal

Inhaber/ Ärztlicher Leiter	
Zahl (angestellte) Ärzte	Zahl Krankenschwestern
Zahl MFA	Abgeschlossene Anästhesie-WB
davon abgeschlossene Ausbildung	Abgeschlossene OP-WB

1.3 Überprüfung

Überprüfungsdatum	
Überprüfungsdauer	
Teilnehmer Einrichtung	
Teilnehmer RGU-HU-IHM	
Sonstige	

Erstmalige Überprüfung	☐ ja	☐ nein
Nachkontrolle / Wiederholungsüberprüfung	☐ ja	☐ nein

1.4 Organisatorisches

Facharzt / Fachärztin für	
Zahl der Eingriffe / Jahr	
Vollnarkosen TIVA	☐ ja ☐ nein
Vollnarkosen Inhalationsverfahren	☐ ja ☐ nein
Kooperation mit FA / FÄ für Anästhesie	☐ ja ☐ nein
Name	Anschrift
Vertragliche Vereinbarung über externe MP-Aufbereitung	
☐ ja ☐ nein	

2. Infektionshygienische Überprüfung

2.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

2.1.1	Durchführung von Eingriffen mit erhöhten Anforderungen an die Keimarmut	☐ ja	☐ nein
2.1.2.1	OP-Einheit	☐ ja	☐ nein
	Anzahl		
	Defizite		
2.1.2.2	RLT-Anlage	☐ ja	☐ nein
	Gerätetyp		
	Wartung	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.1.3	Eingriffseinheit	☐ ja	☐ nein
	Anzahl		
	Defizite		
2.1.4	Personalschleuse OP (Arbeits- / Bereichskleidung)	☐ ja	☐ nein
	Händedesinfektionsmittelspender	☐ ja	☐ nein
	Geschlossene Lagerung OP-Kleidung	☐ ja	☐ nein
	Entsorgungsmöglichkeit gebrauchte OP-Kleidung	☐ ja	☐ nein
2.1.5	Personalumkleide (Straßen- / Arbeitskleidung)	☐ ja	☐ nein
2.1.6	Separater Entsorgungs- und Putzraum	☐ ja	☐ nein
2.1.7	Vorgaben RL-RKI erfüllt	☐ ja	☐ nein
2.1.8	Händewaschplätze gem. BGR 250 (und RL-RKI-Vorgaben)		
	OP-Vorraum (chirurgischer Händewaschplatz)	☐ ja	☐ nein
	Ärztliche Sprech- und Behandlungszimmer	☐ ja	☐ nein
	Verbandsraum	☐ ja	☐ nein
	Medizinproduktaufbereitungsraum	☐ ja	☐ nein
	Personaltoilette(n)	☐ ja	☐ nein
	Regelmäßige Perlatorenwartung	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.1.9	Flächendesinfizierbare Oberflächen	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.1.10	Separater Medizinproduktaufbereitungsraum	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
	wenn nein, sonstige Nutzung		

2.2 Hygienemanagement / allgemeine Hygiene

2.2.1	Externe Betreuung	☐ ja	☐ nein
	Name	Anschrift	
2.2.2	Vorliegen eines Hygieneplans	☐ ja	☐ nein
	angepasst	☐ ja	☐ nein
	Defizite		

2.2.3	Vorliegen eines Reinigungs- und Desinfektionsplans	☐ ja	☐ nein
	angepasst	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.2.4	Dokumentierte Personaleinweisung in Hygieneplan und RDP	☐ ja	☐ nein
2.2.5	Tragen von Schmuck / Uhren	☐ ja	☐ nein
	Lange / künstliche Fingernägel / Nagellack	☐ ja	☐ nein
2.2.6	Korrekte Durchführung der hygienischen Händedesinfektion	☐ ja	☐ nein
2.3	Vorhaltung von Desinfektionsmitteln		
2.3.1	Händedesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Originalgebinde	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.2	Hautdesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Originalgebinde	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.3	Schleimhautdesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Originalgebinde	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.4	Instrumentenreiniger bzw. Kombipräparat	☒ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.5	Instrumentendesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.6	Flächendesinfektionsmittel	☐ ja	☐ nein
	Produkt		
	VAH-Liste	☐ ja	☐ nein
	Ablaufdatum		
2.3.7	Die vorgehaltenen Desinfektionsmittel stimmen mit dem Hygieneplan überein	☐ ja	☐ nein
2.4	Umgang mit Medizinprodukten		
2.4.1	Aufbereitung		
2.4.1.1	Risikobewertung vorhanden	☐ ja	☐ nein

	Korrekt gem. RL-RKI	☐ ja	☐ nein
2.4.1.2	Schriftliche SOP's	☐ ja	☐ nein
2.4.1.3	Aufbereitung durch qualifiziertes Personal	☐ ja	☐ nein
	Sachkundenachweis (40 Std.)	☐ ja	☐ nein
	Fachkundenachweis (80 Std.)	☐ ja	☐ nein
2.4.1.4	Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten	☐ ja	☐ nein
2.4.1.5	Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)	☐ ja	☐ nein
	Gerätename		
	Einsatz validierter Verfahren > Checkliste Validierungsberichte	☐ ja	☐ nein
	Jährliche Revalidierung	☐ ja	☐ nein
	Jährliche Wartung	☐ ja	☐ nein
	Tägliche Routinekontrolle / Checkliste (laut Validierungsbericht) Füllstände, Flusensieb, Pumpensumpf, Dreharme, Andocksysteme, Sichtkontrolle Innenraum RDG	☐ ja	☐ nein
	Kontrolle Reinigungsleistung (TOSI)	☐ ja	☐ nein
	Ggf. mikrobiologische Überprüfung	☐ ja	☐ nein
2.4.1.6	Sterilisator	☐ ja	☐ nein
	Dampfkleinsterilisator	☐ ja	☐ nein
	Klasse		
	Gerätename		
	Großsterilisator	☐ ja	☐ nein
	STE		
	Gerätename	☐ ja	☐ nein
	Einsatz validierter Verfahren > Checkliste Validierungsberichte	☐ ja	☐ nein
	Jährliche Revalidierung	☐ ja	☐ nein
	DIN-Konformität	☐ ja	☐ nein
	Jährliche Wartung	☐ ja	☐ nein
	Ggf. mikrobiologische Überprüfung	☐ ja	☐ nein
2.4.1.7	Heißluftsterilisator	☐ ja	☐ nein
2.4.1.8	Folienschweißgerät	☐ ja	☐ nein
	Durchlaufsiegelgerät	☐ ja	☐ nein
	Einsatz validierter Verfahren > Checkliste Validierungsberichte	☐ ja	☐ nein
	Jährliche Revalidierung	☐ ja	☐ nein
	Gerätename		
	Jährliche Wartung	☐ ja	☐ nein

2.4.1.9	Angewendete Aufbereitungsverfahren		
	semikritisch A	☐ manuell	☐ maschinell
	semikritisch A / Zusatzgeräte	☐ manuell	☐ maschinell
	semikritisch B	☐ manuell	☐ maschinell
	kritisch A	☐ manuell	☐ maschinell
	kritisch B	☐ entfällt	☐ manuell ☐ maschinell

2.4.1.10 Manuelle Aufbereitung / Reinigung und Desinfektion			
Korrekte Dosierung	☐ Reinigungsmittel	☐ Desinfektionsmittel	
korrekte Standzeiten vermerkt	☐ Reinigungsmittel	☐ Desinfektionsmittel	
Dosierhilfe vorhanden		☐ ja ☐ nein	
korrekte Standzeiten RM/DM vermerkt		☐ ja ☐ nein	
Wanne mit Deckel		☐ ja ☐ nein	
Bürsten		☐ ja ☐ nein	
Bürsten Einmalmaterial		☐ ja ☐ nein	
Aufbereitung der Bürsten korrekt (Tauchbad-Desinfektion täglich)		☐ ja ☐ nein	
Einsatz Ultraschallbad		☐ ja ☐ nein	
Deckel vorhanden		☐ ja ☐ nein	
Nachspülen mit TW		☐ ja ☐ nein	
Drucklufttrocknung (nur bei Hohlkörpern)		☐ ja ☐ nein	
Trocknung mit geeigneten Tüchern		☐ ja ☐ nein	
Defizite			
2.4.1.11 Geeignetes Instrumentenpflegemittel		☐ ja ☐ nein	
Produkt			
2.4.1.12 Verpackung			
DIN-konform		☐ ja ☐ nein	
Papier-Folien-Verpackung – einfach / doppelt		☐ ja ☐ nein	
Kein Einsatz von self-seal-Beuteln		☐ ja ☐ nein	
Container		☐ ja ☐ nein	
Siegel- / lagerfähig		☐ ja ☐ nein	
Dichtungskontrolle		☐ ja ☐ nein	
Filtermaterial / Container		☐ ja ☐ nein	
Baumwolle		☐ ja ☐ nein	
Papier		☐ ja ☐ nein	
Wechsel nach jeder Charge		☐ ja ☐ nein	
Goretex / Teflon		☐ ja ☐ nein	
Wechselhäufigkeit dokumentiert (z.B. alle 1000 Chargen)		☐ ja ☐ nein	
Sachgerechtes Packen		☐ ja ☐ nein	
Sachgerechte Beschriftung		☐ ja ☐ nein	
2.4.1.13 Semikritisch: offene Sterilisation		☐ ja ☐ nein	
Sachgerechte Beladung des Sterilisators		☐ ja ☐ nein	
Chemindikator Klasse 5		☐ ja ☐ nein	
2.4.1.14 Kritisch A/B: Sterilisator technisch geeignet		☐ ja ☐ nein	
Sachgerechte Beladung		☐ ja ☐ nein	
Korrekte Routinekontrollen (PCD, Bowie-Dick-Test)		☐ ja ☐ nein	
2.4.1.15 Sterilisateurbuch / Chargendokumentation		☐ ja ☐ nein	
2.4.1.16 Dokumentiertes Vorgehen bei Abweichungen im Prozessablauf		☐ ja ☐ nein	

2.4.1.17	Freigabedokumentation	☐ ja	☐ nein
2.4.1.18	Mehrfachentnahme von Sterilgut aus einem Container	☐ ja	☐ nein
2.4.1.19	Sterilgutlagerung geschlossen	☐ ja	☐ nein
2.4.1.20	Verfallsdaten von Sterilgut / Einmalmaterial beachtet	☐ ja	☐ nein
	Wenn nein, Liste		
	Bereich	Einmalmaterial / Sterilgut	Haltbarkeit bis
2.4.1.21	Trinkwasseruntersuchung	☐ ja	☐ nein
2.4.2	Aktive Medizinprodukte		
2.4.2.1	Gesamtbestandsverzeichnis	☐ ja	☐ nein
2.4.2.2	Gerätebuch	☐ ja	☐ nein
2.4.2.3	Blutdruckmessgerät	☐ ja	☐ nein
	Messtechnische Kontrolle	☐ ja	☐ nein
2.4.2.4	Pulsoximeter	☐ ja	☐ nein
	Wartung	☐ ja	☐ nein
2.4.2.5	EKG	☐ ja	☐ nein
	Wartung	☐ ja	☐ nein
2.4.2.6	Defibrillator	☐ ja	☐ nein
	Wartung	☐ ja	☐ nein
	einsatzbereit	☐ ja	☐ nein
2.4.2.7	Sauerstoffflasche / -anschluss	☐ ja	☐ nein
2.4.2.8	Absaugmöglichkeit	☐ ja	☐ nein
2.4.2.9		☐ ja	☐ nein
	Gerätename		
	Jährliche Wartung	☐ ja	☐ nein
2.4.3	Überwachungsbögen (Vitalparameter, Vigilanz) vorliegend > siehe ggf. Modul peri- und postoperative Patientenüberwachung	☐ ja	☐ nein

2.5	Reinigung / Desinfektion - Flächen		
2.5.1	Flächendesinfektion		
2.5.1.1	OP / Eingriffseinheit		
	Durchführung Praxispersonal	☐ ja	☐ nein
	Durchführung Firma	☐ ja	☐ nein
	Übrige Praxisräume		
	Durchführung Praxispersonal	☐ ja	☐ nein
	Durchführung Firma	☐ ja	☐ nein
	Name	Anschrift	

2.5.1.2	Korrekte Dosierung	☐ ja	☐ nein
2.5.1.3	Korrekte Einwirkzeiten	☐ ja	☐ nein
2.5.1.4	Korrekte Indikation	☐ ja	☐ nein
2.5.1.5	Sprühdesinfektion	☐ ja	☐ nein
	Bei		
	Ausschließlich	☐ ja	☐ nein
2.5.1.6	Einmaltücher	☐ ja	☐ nein
2.5.2	Reinigung		
2.5.2.1	Durchführung eigenes Personal	☐ ja	☐ nein
	Durchführung Firma	☐ ja	☐ nein
2.5.2.2	Einweisung Reinigungskräfte nachvollziehbar	☐ ja	☐ nein
2.5.2.3	Wechsel-Mop-Verfahren	☐ ja	☐ nein
2.6	Umgang mit Medikamenten		
2.6.1	Lagerung in verschließbarem / verschlossenem Schrank	☐ ja	☐ nein
2.6.2	Haltbarkeitsdaten beachtet	☐ ja	☐ nein
	Wenn nein, Liste		
	Bereich	Medikament	Verfalldatum
	Anbruchdatum vermerkt (z.B. Salben)		☐ ja ☐ nein
2.6.3	Medikamentenkühlschrank vorhanden	☐ ja	☐ nein
	Kühlschrankthermometer / Temperaturkontrolle	☐ ja	☐ nein
2.6.4	Mehrdosisbehältnisse	☐ ja	☐ nein
2.6.4.1	Mit Konservierungsstoffen	☐ ja	☐ nein
	Anbruchdatum vermerkt	☐ ja	☐ nein
	Haltbarkeit beachtet	☐ ja	☐ nein
	mini-spike	☐ ja	☐ nein
2.6.4.2	Ohne Konservierungsstoffe	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.6.4.3	Salben Entnahme mit Spatel	☐ ja	☐ nein
2.6.5	i.v.-Medikation	☐ ja	☐ nein
	Hygienische Mängel	☐ ja	☐ nein
2.6.6	Notfallkoffer	☐ ja	☐ nein
	Medikamente ordnungsgemäß	☐ ja	☐ nein
	Laryngoskop funktionsfähig	☐ ja	☐ nein

	Beatmungsbeutel funktionsfähig	☐ ja	☐ nein
	Defizite		
2.6.7	Korrekte Aufbewahrung der Rezeptformulare	☐ ja	☐ nein
2.6.8	Korrektter Umgang mit Betäubungsmitteln	☐ entfällt	
	Aufbewahrung / Sicherung	☐ ja	☐ nein
	Dokumentation	☐ ja	☐ nein
	Vernichtung	☐ ja	☐ nein
	Aufbewahrung der BtM-Rezepte	☐ ja	☐ nein

2.7	Abfallentsorgung		
2.7.1	Durchstichsichere Behälter für sharps	☐ ja	☐ nein
2.7.2	Berücksichtigung LAGA-Kriterien (z.B. geeignete Abfallsäcke für „B-Müll“)	☐ ja	☐ nein

2.8	Arbeitskleidung / Persönliche Schutzausrüstung		
2.8.1.1	Arbeitskleidung wird getragen von		
	Arzt / Ärztin	☐ ja	☐ nein
	Praxispersonal	☐ ja	☐ nein
2.8.1.2	Getrennte Aufbewahrung		
	Arbeits-/Privatkleidung	☐ ja	☐ nein
	Saubere / Schmutzwäsche	☐ ja	☐ nein
2.8.2	PSA wird in ausreichender Menge vorgehalten	☐ ja	☐ nein
	Einmalhandschuhe (Untersuchung)	☐ ja	☐ nein
	Desinfektionsmittelbeständige Handschuhe	☐ ja	☐ nein
	Einmalschürzen	☐ ja	☐ nein
	Mund-Nasen-Schutz	☐ ja	☐ nein
	Schutzbrille	☐ ja	☐ nein

2.9	Wäsche		
2.9.1	Praxiswäsche		
	Aufbereitung intern	☐ ja	☐ nein
	Desinfizierendes Waschverfahren	☐ ja	☐ nein
	Aufbereitung externe Wäscherei	☐ ja	☐ nein
	Name	Anschrift	
	Gültiges Zertifikat vorliegend	☐ ja	☐ nein
	Aufbereitung im häuslichen Bereich	☐ ja	☐ nein
	Bemerkungen		
2.9.2	OP-Bereichskleidung		
	Aufbereitung intern	☐ ja	☐ nein
	Desinfizierendes Waschverfahren	☐ ja	☐ nein
	Aufbereitung externe Wäscherei	☐ ja	☐ nein
	Name	Anschrift	
	Gültiges Zertifikat vorliegend	☐ ja	☐ nein

	Aufbereitung im häuslichen Bereich	☐ ja	☐ nein
	Bemerkungen		
2.9.3	Putzuntensilien		
	Aufbereitung korrekt (chemothermisch 60°C)	☐ ja	☐ nein
	Abschließend maschinelle Trocknung	☐ ja	☐ nein
2.10	Surveillance nosokomialer Infektionen		
2.10.1	Durchführung einer Surveillance	☐ ja	☐ nein
	Vorlage objektiv nachvollziehbarer Daten	☐ ja	☐ nein
2.10.2	Korrekte Erfassung	☐ ja	☐ nein
	RKI / CDC-Kriterien / Ambu-KISS	☐ ja	☐ nein

Datum:

Name:
(sachbearbeitende Ärztin)

Unterschrift:

© copyright Referat für Gesundheit und Umwelt – Sachgebiet Infektionshygiene / Medizinalwesen (RGU-HU-IHM)