Gesundheitsamt Bremen
Referat Infektionsepidemiologie
Überwachung AOP
Horner Str. 60 - 70
28203 Bremen

Selbstauskunftsbogen für Einrichtungen des Ambulanten Operierens

Bitte drucken Sie die Checkliste aus, füllen Sie sie gut leserlich aus und senden Sie dann die ausgefüllte Checkliste unterschrieben an o.g. Absender zurück.

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	
2	**Allgemeine Angaben** **(Zutreffendes Anklicken)**	
2.1	Fachgebiet	
2.2	Arzt-Praxis mit Funktionsraum (z.B. Eingriffsraum, Endoskopieraum, Untersuchungsraum) Praxis für ambulantes Operieren Ambulantes OP-Zentrum Praxisklinik (ambulante OP, stationäre Versorgung)	☐ ☐ ☐ ☐
2.3	Ich bin im Besitz einer Zulassung für das ambulante Operieren, aber ich führe weder in meiner Praxis **noch in externen Räumen** Operationen oder sonstige Eingriffe durch. **In diesem Fall brauchen Sie nur die Fragenkomplexe 5, 6, 11, 12 und 16 auszufüllen**.	☐
3	**Personelle Ausstattung und Struktur**	
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 ☐ Nein ☐
	Name, Position, Qualifikation	
	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.	

	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	
3.5	Ist eine hygienebeauftragte Pflegekraft benannt?	Ja ☐ Nein ☐
	Name, Position, Qualifikation	
	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.	
	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 ☐ Nein ☐
	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 ☐ Nein ☐
	Name, Anschrift,	

	Qualifikation		
	Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin	Ja ☐	Nein ☐
	Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Ja ☐	Nein ☐
	Curriculäre Fachweiterbildung	Ja ☐	Nein ☐
	Beschäftigungsumfang in Stunden p.a.		
	Bitte Kopie der Risikoanalyse des Krankenhaushygienikers zur Ermittlung des erforderlichen Beschäftigungsumfangs von Hygienefachpersonal mitsenden.		
	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 ☐	Nein ☐
	Name, Anschrift, Qualifikation		
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
4	**OP-Spektrum**		
4.1	Wie viele Operationen werden jährlich durchgeführt?		
4.2	Es werden Eingriffe / Operationen gemäß den folgenden Risikoklassen durchgeführt:		
	Gruppe I Nicht kontaminierte Region (Gelenke, Knochen, Arthroskopien; Weichteile, Rumpf, Extremitäten; kein Kontakt zu besiedelten Organen)	☐	

	Welche?	
	Gruppe II sauberkontaminiert (oberer Gastrointestinaltrakt, Respirationstrakt, Urogenitaltrakt, Gyn., Oropharynx)	☐
	Welche?	
	Gruppe III kontaminierte Region (offene Fraktur, kontaminierte Haut- u Weichteildefekte, unterer Gastrointestinaltrakt)	☐
	Welche?	
	Gruppe IV manifest kontaminierte Region (Abszess, Phlegmone, Fistel, Osteomyelitis, massiv kontaminierte Wunde, alle Pat. mit MRE)	☐
	Welche?	
4.3	Welche Formen der Anästhesie werden durchgeführt?	☐ Lokale Anästhesie ☐ ITN ☐ Larynxmaske ☐ i.V.-Anästhesie ☐ Spinalanästhesie ☐ Lumbalanästhesie ☐ weitere Leitungsanästhesie
4.4	Wer führt die Anästhesie durch?	☐ Anästhesist der Praxis ☐ externer Anästhesist

	Ggf. Name und Anschrift des externen Anästhesisten		
5	**Hygieneplan**		
5.1	Existiert ein aktueller, auf die Praxis abgestimmter Hygieneplan?	Ja ☐	Nein ☐
5.2	Die letzte Aktualisierung erfolgte am		
5.3	Sind Regelungen für den Umgang mit resistenten Erregern Bestandteil des Hygieneplanes?	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
5.4	Sind alle Mitarbeiter in den Hygieneplan eingewiesen und haben sie diese Einweisung schriftlich quittiert?	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
5.5	Werden neue Mitarbeiter ebenfalls eingewiesen?	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
5.6	Hat jeder Mitarbeiter jederzeit Zugriff auf den Hygieneplan?	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
5.7	Werden regelmäßig Schulungen bestimmter Inhalte des Hygieneplanes durchgeführt oder wurden externe Hygienefortbildungen besucht?	Ja ☐	Nein ☐

	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	
5.8	Welche Mitarbeiter wurden hygienisch geschult? Falls Mitarbeiter nicht geschult wurden: Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	☐ Ärzte ☐ Assistenzpersonal ☐ Reinigungspersonal ☐ Aufbereitungspersonal
6	**Desinfektionspläne**	
6.1	Gibt es für alle Bereiche der Praxis aktuelle Desinfektionspläne?	Ja ☐ Nein ☐
6.2	Hat jeder jederzeit Zugriff auf die Desinfektionspläne?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	
7	**Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen sowie der Antibiotikaverbräuche**	
7.1	Erfolgt eine Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Ja": Methode/System? Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?	
7.2	Erfolgt eine postoperative Nachverfolgung über Infektionen?	
	☐ Ja, für die Dauer von 30 Tagen ☐ Ja, für die Dauer von ……. Tagen ☐ Nein	
7.3	Wird ein gehäuftes Auftreten von nosokomialen Infektionen an das Gesundheitsamt gemeldet?	Ja ☐ Nein ☐

	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
7.4	Werden nosokomiale Infektionen und Erreger mit besonderen Resistenzen und Multiresistenzen systematisch erfasst und bewertet?	Ja ☐	Nein ☐
	Existieren hierüber Aufzeichnungen?	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
7.5	Existieren Aufzeichnungen über die Höhe des Antibiotikaverbrauchs? **Bitte Kopie der Bewertung des Krankenhaushygienikers zu Antibiotikaverbräuchen und Resistenzsituation mitsenden.**	Ja ☐	Nein ☐
	Wenn "Nein": Was haben Sie geplant, um diese Situation zu ändern?		
8	**Räumliche Ausstattung der Operations-/Eingriffsräume**		
8.1	Die Operationen werden ausschließlich in der Einrichtung durchgeführt	Ja ☐	Nein ☐
8.2	Die Operationen werden sowohl in der Einrichtung als auch in einem externen OP durchgeführt	Ja ☐	Nein ☐
8.3	Die Operationen werden ausschließlich in einem externen OP durchgeführt	Ja ☐	Nein ☐
8.4	Wenn 8.2 oder 8.3 "Ja": Name und Anschrift der Einrichtung		
	Fragen 8.5 bis 10.12 nur ausfüllen, wenn 8.1 bzw. 8.2 "Ja"		
8.5	Anzahl der OP-Räume • Separater Eingriffsraum	Ja ☐	Nein ☐

	• Waschraum/Waschplatz mit Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion außerhalb des OP-Raumes	Ja ☐	Nein ☐
	• Personalumkleideraum (2-Raum-Schleuse)	Ja ☐	Nein ☐
	• Patientenübergabe; ggf. Patientenumkleidemöglichkeit	Ja ☐	Nein ☐
	• Lager für saubere Geräte, für Sterilgut und andere Vorräte	Ja ☐	Nein ☐
	• Aufbereitungsraum für die Instrumente (unrein)	Ja ☐	Nein ☐
	• Reinigungsmittelraum / Entsorgungsraum	Ja ☐	Nein ☐
	• Raum oder Fläche für Narkoseeinleitung/-ausleitung	Ja ☐	Nein ☐
	• Möglichkeit zur Übergabe von reinen Gütern	Ja ☐	Nein ☐
	• Mitarbeiteraufenthaltsraum	Ja ☐	Nein ☐
	• Warteplatz für Patienten	Ja ☐	Nein ☐
	• Bettenabstellplatz	Ja ☐	Nein ☐
	• Raum oder Fläche zur Notfalllaboruntersuchung	Ja ☐	Nein ☐
	• Raum oder Fläche für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben	Ja ☐	Nein ☐
	• Vorbereitungsraum für Instrumentiertische	Ja ☐	Nein ☐
	• Aufwachraum	Ja ☐	Nein ☐
9	**Sonstige Räume**		
9.1	• Röntgenraum	Ja ☐	Nein ☐
	• Personal-WC	Ja ☐	Nein ☐
	• Patienten-WC	Ja ☐	Nein ☐
10	**Hygienische Ausstattung der Räume**		
10.1	Ist der Fußboden aus wasserundurchlässigem, desinfizierbarem, verschleiß- und rutschfesten Material?	Ja ☐	Nein ☐

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

11.3	Werden nur Originalgebinde verwendet (d.h. wird nicht von größeren auf kleinere Flaschen abgefüllt)?	Ja ☐	Nein ☐
11.4	Sind die Händedesinfektionsmittel mit Anbruchdatum versehen?	Ja ☐	Nein ☐
11.5	Ist die Haltbarkeit nach dem ersten Öffnen festgelegt?	Ja ☐	Nein ☐
11.6	Sind Händedesinfektionsmittel-Flaschen, die nicht in Spender eingesetzt sind, verschlossen?	Ja ☐	Nein ☐
11.7	Stimmen die Produkte mit dem Desinfektionsplan/Hautschutzplan überein?	Ja ☐	Nein ☐
11.8	Sind die Mitarbeiter in die Durchführung der hygienischen Händedesinfektion eingewiesen?	Ja ☐	Nein ☐
119	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 ☐	Nein ☐
11.11	Erfassen Sie die Verbrauchsmenge an Händedesinfektionsmittel pro Jahr? Wie hoch ist der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln in ml pro Jahr? Letztes Jahr: …….. ml Vorletztes Jahr: …….. ml	Ja ☐	Nein ☐
11.12	Kommt Stückseife zum Einsatz?	Ja ☐	Nein ☐
11.13	Werden ausschließlich Einmalhandtücher verwendet?	Ja ☐	Nein ☐
11.14	Gibt es einen Hautschutzplan?	Ja ☐	Nein ☐
11.15	Gibt es für den Hautschutz Fett- (W/O) und Feuchtigkeits-cremes (O/W)?	Ja ☐	Nein ☐
11.16	Gibt es einen Handschuhplan?	Ja ☐	Nein ☐
11.17	Sind geeignete Schutzhandschuhe vorhanden?	Ja ☐	Nein ☐

12	**Flächendesinfektion**	
12.1	Ist das **Flächen**desinfektionsmittel gelistet nach	
	VAH-Liste	Ja ☐ Nein ☐
	RKI-Liste	Ja ☐ Nein ☐
	DIN – EN 14885	Ja ☐ Nein ☐
	Keine Listung	Ja ☐ Nein ☐
12.2	Werden begangene Flächen nach jeder OP desinfiziert?	Ja ☐ Nein ☐
12.3	Werden die Wischtücher und -bezüge mit einem anerkannten Waschverfahren aufbereitet?	Ja ☐ Nein ☐
	Falls "Nein", werden ausschließlich Einmaltücher verwendet?	Ja ☐ Nein ☐
12.4	Werden die Wischtücher und -bezüge nach dem Waschen trocken gelagert?	Ja ☐ Nein ☐
12.5	Liegt ein Kompatibilitätsnachweis für die Verwendung der Desinfektionsmittel im Zusammenhang mit den Reinigungstextilien vor?	Ja ☐ Nein ☐
12.6	Wird mit einem Tuchspendersystem gearbeitet?	Ja ☐ Nein ☐
	Die Tücher sind gebrauchsfertig	Ja ☐ Nein ☐
	Die Tücher werden in einen Behälter eingesetzt und dieser dann mit einer Desinfektionslösung befüllt	Ja ☐ Nein ☐
	Wird der Behälter vor jedem neuen Befüllen aufbereitet?	Ja ☐ Nein ☐
12.7	Wischbezüge und Reinigungstücher werden nach einmaliger Benutzung	
	erneut in die Lösung getaucht	Ja ☐ Nein ☐
	nicht erneut in die Lösung getaucht	Ja ☐ Nein ☐
12.8	Erfolgt die Dosierung des Flächendesinfektionsmittels über ein Dosiergerät?	Ja ☐ Nein ☐
	Wird dieses regelmäßig funktionell und mikrobiologisch überprüft?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn ja, in welchem Abstand	

	mikrobiologisch Konzentration	
12.9	Bei manueller Dosierung: Gibt es Dosierhilfen (z.B. Pumpe) Wird mit einem Beutelsystem gearbeitet?	 Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐
13	**Instrumentendesinfektion**	
13.1	Ist das Instrumentendesinfektionsmittel gelistet nach VAH-Liste RKI-Liste Keine Listung	 Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐
13.2	Gibt es Instrumente, bei denen die Aufbereitung mit der Desinfektion endet, d.h. die nicht sterilisiert werden müssen? Wenn "Ja", steht für diesen Fall ein Instrumentendesinfektionsmittel mit voller Viruzidie zur Verfügung?	Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐
13.3	Werden ausschließlich Originalgebinde verwendet (d.h. wird das Desinfektionsmittel nicht in andere Behältnisse umgefüllt)?	Ja ☐ Nein ☐
13.4	Sind geeignete Desinfektionswannen mit Deckel und Siebeinlage vorhanden?	Ja ☐ Nein ☐

14	**Hautantiseptik**	
14.1	Ist das Hautdesinfektionsmittel gelistet nach	
	VAH-Liste	Ja ☐ Nein ☐
	RKI-Liste	Ja ☐ Nein ☐
	Keine Listung	Ja ☐ Nein ☐
14.2	Sind die unterschiedlichen Einwirkzeiten für das Hautdesinfektionsmittel in Bezug auf Körperareal und Maßnahme schriftlich geregelt? (talgdrüsenreiche / talgdrüsenarme Haut, Punktionsort etc.)	Ja ☐ Nein ☐
14.3	Werden ausschließlich Originalgebinde verwendet und das Desinfektionsmittel nicht in andere Behältnisse umgefüllt?	Ja ☐ Nein ☐
14.4	Stehen sterile Tupfer für Eingriffe zur Verfügung?	Ja ☐ Nein ☐
15	**Aufbereitung von Instrumentarium**	
15.1	Sind die Zuständigkeiten und die praktische Durchführung aller Aufbereitungsschritte klar geregelt?	Ja ☐ Nein ☐
15.2	Haben die verantwortliche Person und deren Stellvertretung den DGSV Kurs I absolviert	Ja ☐ Nein ☐
	oder, bei Personen mit einer Ausbildung in einem medizinischen Beruf, einen vergleichbaren Sachkundekenntnisnachweis?	Ja ☐ Nein ☐
15.3	Ist eine Inventarliste des Instrumentariums vorhanden?	Ja ☐ Nein ☐
15.4	Liegt eine Risikoanalyse, Risikobewertung und -einstufung von Medizinprodukten vor Aufbereitung schriftlich vor?	Ja ☐ Nein ☐
15.5	Welcher Risikokategorie sind die aufzubereitenden Instrumente zuzuordnen?	☐ unkritisch ☐ semikrit. A ☐ semikrit. B ☐ kritisch A ☐ kritisch B ☐ kritisch C
	Sind Kenntnisse der angewandten Aufbereitungsverfahren vorhanden?	Ja ☐ Nein ☐
15.6	Erfolgt die Desinfektion	Ja ☐ Nein ☐
	maschinell?	Ja ☐ Nein ☐

	teilmaschinell?	Ja ☐ Nein ☐
	manuell?	Ja ☐ Nein ☐
15.7	Handelt es sich um ein validiertes Desinfektions-Verfahren?	Ja ☐ Nein ☐
15.8	Erfolgt die Sterilisation in der eigenen Einrichtung?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Nein", wo dann?	
15.9	Welches Sterilisationsverfahren kommt zum Einsatz?	
15.10	Handelt es sich um ein validiertes Sterilisations-Verfahren?	Ja ☐ Nein ☐
15.11	Ist stets eine Dokumentation der Freigabeentscheidung vorhanden?	Ja ☐ Nein ☐
15.12	Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem (Einweg-) Material (z.B. Schränke, Schubladen, verschließbare Boxen)?	Ja ☐ Nein ☐
15.13	Gibt es schriftliche Regelungen für die Lagerbedingungen und -fristen von Sterilgut, welches nicht industriell hergestellt wurde?	Ja ☐ Nein ☐
16	**Medikamente**	
16.1	Werden die Medikamente im Medikamentenkühlschrank bzw. Medikamentenschrank gelagert?	Ja ☐ Nein ☐
16.2	Lagern im Medikamentenkühlschrank ausschließlich Medikamente?	Ja ☐ Nein ☐
16.3	Werden nur Einzeldosisampullen benutzt?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Nein", warum nicht?	
16.4	Werden angebrochene Medikamente mit Anbruchdatum versehen?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Nein", warum nicht?	
16.5	Werden die Kühltemperaturen überwacht?	Ja ☐ Nein ☐

	Erfolgt die Überwachung mit einem Minima-Maxima-Thermometer?	Ja ☐ Nein ☐
	Wenn "Nein", warum nicht?	
17	**Wäsche / Schutzkleidung**	
17.1	Steht den Mitarbeitern eine Bereichskleidung zur Verfügung?	Ja ☐ Nein ☐
17.2	Wo wird die Bereichskleidung gewaschen?	
	In der eigenen Einrichtung	Ja ☐ Nein ☐
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja ☐ Nein ☐
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja ☐ Nein ☐
17.3	Die OP-Kleidung ist:	
	Einmalkleidung	Ja ☐ Nein ☐
	Mehrwegkleidung	Ja ☐ Nein ☐
17.4	Bei Mehrwegkleidung: Wo wird diese gewaschen?	
	In der eigenen Einrichtung	Ja ☐ Nein ☐
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja ☐ Nein ☐
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja ☐ Nein ☐
17.5	Welche Kleidung wird für jeden Eingriff / jede OP *neu* angelegt?	
	steriler OP-Mantel	Ja ☐ Nein ☐
	Mund-Nasen-Schutz	Ja ☐ Nein ☐
	Kopfhaube	Ja ☐ Nein ☐
	sterile Handschuhe	Ja ☐ Nein ☐
17.6	Welche Art des Abdeckmaterials wird verwendet?	

	Einmalmaterial	Ja ☐	Nein ☐
	Mehrwegmaterial	Ja ☐	Nein ☐
17.7	Bei Mehrwegmaterial: Wo wird dieses aufbereitet?		
	In der eigenen Einrichtung	Ja ☐	Nein ☐
	Mit anerkannten Mitteln und Verfahren?	Ja ☐	Nein ☐
	Extern in einer zertifizierten Wäscherei (z.B. RAL-GZ 992/2)	Ja ☐	Nein ☐

18	Raum für Bemerkungen

Ort und Datum:

Unterschrift / Funktion

MDExt-025-01