

IfSG-Modell Nordrhein

# Checkliste Hygienebegehung von Zahnarztpraxen

Erstellt durch die Zahnärztekammer Nordrhein in  
Kooperation mit dem Gesundheitsamt der  
Landeshauptstadt Düsseldorf

Zahnärztekammer Nordrhein

HAMMFELDDAMM 11, 41460 NEUSS | IFSG@ZAEK-NR.DE | 02131 53119-237

# Checkliste Hygienebegehung von Zahnarztpraxen


## Inhalt

<b>Betrieblich – organisatorische Struktur .....</b>	<b>2</b>
1. Einrichtung / Praxis.....	2
2. Begehungen (falls erfolgt).....	2
3. Beschäftigte .....	3
4. Hygienemanagement.....	5
5. Personalschutz .....	5
6. Eingriffsspektrum .....	7
7. Kleidung und Abdeckung bei operativen Eingriffen (je nach Behandlungsspektrum)....	8
8. Sedierung / Narkose .....	8
<b>Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene .....</b>	<b>9</b>
9. Hygieneplan.....	9
10. Besondere Verhaltensmaßnahmen zur Infektionsprävention .....	10
11. Antisepsis .....	10
12. Antibiotikaphylaxe.....	10
13. Arzneimittel .....	12
14. Reinigung- und Desinfektionsplan .....	13
15. Flächendesinfektion .....	13
16. Wäsche.....	14
17. Aufbereitung Medizinprodukte.....	15
<b>Baulich – funktionelle Struktur .....</b>	<b>16</b>
18. Bauliche Voraussetzungen .....	16
19. Be- und Entlüftung / Klimageräte / Raumluftechnische Anlagen.....	17
20. Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene .....	18
21. Behandlungseinheiten und wasserführende Systeme .....	19
22. Abfallmanagement.....	21

**Hinweis:** Zu den mit einem \* versehenen Punkten / Begriffen sind weitere Erläuterungen in der „Ausfüllhilfe zur Checkliste Hygienebegehungen von Zahnarztpraxen“ zu finden.

## Betrieblich – organisatorische Struktur

### 1. Einrichtung / Praxis

Leiter der Einrichtung* 	
ggf. Name der Einrichtung/ Praxis	
Anschrift	
Betriebsform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis
	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis
	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
	<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum
Jahr der Inbetriebnahme/ Übernahme	
Tel.	
Fax	
E-Mail für Rückfragen zur Checkliste	
Homepage	

### 2. Begehungen (falls erfolgt)






Letzte Begehung durch das Gesundheitsamt am:	
Letzte Begehung durch die Bezirksregierung / die Zahnärztekammer am:	

### 3. Beschäftigte




Bitte tragen Sie die Personalnummer\* der Beschäftigten ein und kreuzen deren Qualifikationen, sowie ggf. weitere Aufgabengebiete an.

Qualifikation	Personalnummer				
Auszubildende/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandschutzhelfer/in*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaltechniker/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersthelfer/in*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkraft für die Aufbereitung zahnmedizinischer Instrumente*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte/r*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisinhaber/in Praxisleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxismanager/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prophylaxeassistent/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QM-Beauftragte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlenschutzbeauftragte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterilgutassistent/in*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztin / Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarztthelfer/in (Ausbildungsbeginn <b>vor</b> 2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnmedizinische Fachangestellte/r (Ausbildungsbeginn <b>nach</b> 2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualifikation	Personalnummer				
Auszubildende/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandschutzhelfer/in* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentaltechniker/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersthelfer/in* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkraft für die Aufbereitung zahnmedizinischer Instrumente* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte/r* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisinhaber/in Praxisleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxismanager/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prophylaxeassistent/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QM-Beauftragte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterilgutassistent/in* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztin / Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnarztthelfer/in (Ausbildungsbeginn <b>vor</b> 2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnmedizinische Fachangestellte/r (Ausbildungsbeginn <b>nach</b> 2001)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Tätigkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten die Zeilen auf den Seiten 3 und 4 nicht ausreichen, um alle Mitarbeiter/innen einzutragen, bitten wir Sie die entsprechende Seite doppelt auszudrucken bzw. - bei Ausfüllen des Vordrucks in der papierlosen Variante - kopieren Sie diese Seite entsprechend oft und fügen diese der Datei an.

#### 4. Hygienemanagement

<b>Hygienebeauftragte*</b> 	Datum der letzten externen Fortbildungsveranstaltung zum Thema Hygiene: (Bitte für alle Hygienebeauftragten ausfüllen.)
	Zusätzliche externe Hygieneberatung Name und Anschrift
	<b>Qualifikation:</b> <input type="checkbox"/> Hygienefachkraft <input type="checkbox"/> Hygieneberatungsgesellschaft <input type="checkbox"/> Industrievertreter <input type="checkbox"/> Krankenhaushygieniker <input type="checkbox"/> Sonstige (Qualifikation bitte eintragen)

#### 5. Personalschutz

##### 5.1 Betriebsärztliche Betreuung\*

Betriebsärztliche / arbeitsmedizinische Betreuung vorhanden?  <b>wenn ja</b> , Name und Anschrift	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Ist bekannt, wann Tätigkeitsbeschränkungen z.B. bei HIV-, HBV- oder HCV-positiven Personal erforderlich sind?*	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist dem Personal bekannt, an wen es sich im Falle einer Nadelstichverletzung und der Frage einer unverzüglichen Indikationsüberprüfung zu einer postexpositionellen Prophylaxe wenden kann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Welche Klinik in Ihrer Nähe, hält eine HIV-Postexpositionsprophylaxe vor?		

### 5.2 Schutzimpfungen\*




Sind dem Betreiber/ Inhaber der Einrichtung/ der Praxis die Rechte und Pflichten nach § 23 a i.V.m. § 23 Abs. 3 IfSG bekannt?*	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

Besteht bei allen Mitarbeitern folgende(r) Immunität / Impfschutz?		
Masern	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mumps	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Röteln	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Varizellen (Windpocken)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Empfiehl der Betriebsarzt folgende Schutzimpfungen?		
Covid-19	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Influenza (Virusgrippe)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Pertussis (Keuchhusten)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diphtherie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tetanus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 5.3 Arbeitskleidung

Wird in der Einrichtung/ der Praxis an Stelle von Freizeitkleidung Arbeitskleidung getragen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wird die Arbeitskleidung getrennt von Freizeitkleidung aufbewahrt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sind im Hygieneplan Festlegungen zum Tragen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) getroffen worden?		
Mund-Nasenschutz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemschutzmasken zum Schutz vor aerogen übertragbaren Infektionserregern (FFP2–Maske)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schutzbrillen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
unsterile Schutzhandschuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
sterile Schutzhandschuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
doppelte Schutzhandschuhe (2 übereinander gezogene Handschuhe)* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
desinfektionsmittelbeständige, langstulpige Schutzhandschuhe	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Langärmelige, flüssigkeitsabweisende Kittel* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
sterile Kittel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kopfhauben* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 6. Eingriffsspektrum


- ☐ es werden **keine operativen** Eingriffe durchgeführt, die zahnärztlichen Leistungen beziehen sich ausschließlich auf:
- ☐ Kieferorthopädie
  - ☐ konservierende Therapie
  - ☐ prothetische Therapie
- ☐ es werden Eingriffe durchgeführt / **einfaches chirurgisches Spektrum**



- ☐ Einfache Extraktionen
- ☐ Vorwiegend geschlossene Parodontal-Therapie
- ☐ Kleine intraorale Inzisionen

☐ es werden Eingriffe durchgeführt / **erweitertes** chirurgisches Spektrum

- ☐ Osteotomien
- ☐ Implantationen
- ☐ Sinuslifts
- ☐ Größere Knochenaugmentationen
- ☐ Offene Parodontal-Therapien
- ☐ Extraorale Inzisionen
- ☐ Kiefer-Traumatologie / orthognathe Chirurgie
- ☐ Erweiterte Extraktionen


☐ es werden plastisch-ästhetische und sonstige **nicht zahnärztliche Eingriffe** / **Operationen** durchgeführt\* 


- ☐ Plastisch-ästhetische Operationen
- ☐ Gesichts-Traumatologie
- ☐ Operationen außerhalb des Kopfbereichs

## 7. Kleidung und Abdeckung bei zahnärztlich - chirurgischen Behandlungen

	Eingriffe <u>ohne</u> speicheldichten Wundverschluss	Eingriffe <u>mit</u> speicheldichtem Wundverschluss
Unsterile Handschuhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sterile Handschuhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Unsterile Schutzkittel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sterile Schutzkittel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sterile Abdeckung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mund-/Nasenschutz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schutzbrille	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kopfhaut* 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>



## 8. Sedierung / Narkose

Lachgassedierung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja,</b>	
wie wird die Raumluftkontamination* 	

Inhalationsnarkosen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja,</b> wie wird die Raumlufthkontamination*  vermieden?	
intravenöse Narkosen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name, Anschrift der/s Anästhesistin /Anästhesisten	

### Innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene

#### 9. Hygieneplan


Hygieneplan vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	<b>wenn ja,</b>
In schriftlicher Form	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
In elektronischer Form	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Datum der letzten Aktualisierung	
Wann wird der gesamte Hygieneplan auf Aktualität überprüft?	Anlassbezogen <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/>
Dokumentierte Einweisung neuer Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter bei Einstellung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentierte Schulungen der Mitarbeiter/innen in Folge <b>wenn ja, wie häufig (z.B. jährlich)</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dokumentierte Einweisungen von Praktikantinnen / Praktikanten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>
Hygieneplan auf Grundlage des  Rahmenhygieneplans des DAHZ* und der Bundeszahnärztekammer erstellt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hygieneplan für die Praxis <b>individuell abgestimmt</b> * 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>


Wurde der Hygieneplan in Zusammenarbeit mit einem externen Berater erstellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------


## 10. Besondere Verhaltensmaßnahmen zur Infektionsprävention

Wie wird bei jedem Patienten eine Anamneseerhebung durchgeführt?



- ☐ durch Fragebögen vor der ersten Behandlung / bei der Aufnahme
- ☐ vor jeder Behandlung
- ☐ in einem festen Zeitintervall (Bitte Intervall angeben): \_\_\_\_\_
- ☐ eine Anamnese wird nicht durchgeführt

Bei welchen Patienten mit den folgenden Krankheitserregern, Krankheitszeichen oder Immunstatus, werden **über die Basishygiene\* hinausgehende Maßnahmen** ergriffen? 

- ☐ Multiresistente Erreger (MRSA, MRGN und andere multiresistente Erreger)
- ☐ HBV (Hepatitis B-Virus) / HCV (Hepatitis C-Virus)
- ☐ HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)
- ☐ akute fieberhafte Erkrankung des Respirationstrakts / fieberhafte exanthematische Erkrankung (z.B. Masern, Röteln, Windpocken...)
- ☐ Immunsuppression\* 

Sind hierzu Festlegungen im Hygieneplan getroffen?* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

## 11. Antisepsis

Orale Antisepsis bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko <b>wenn ja</b> , mit welchen Produkten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Orale Antisepsis vor Eingriffen mit speicheldichtem Wundverschluss*  <b>wenn ja</b> , mit welchen Produkten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verwendung von sterilen Lösungen bei umfangreichen Eingriffen <b>und / oder immunsupprimierten Patienten*</b>  (Spülung und Instrumentenkühlung z. B. mit physiologischer Kochsalzlösung) <b>wenn ja</b> , mit welchen Produkten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## 12. Antibiotikaprophylaxe

Erfolgt eine Antibiotikaprophylaxe nach eigener <b>Indikationsstellung</b> unabhängig von einer Vorerkrankung des Patienten?*	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------

Erfolgt eine Antibiotikaprophylaxe auf <b>Empfehlung des behandelnden Arztes</b> ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Fragen Sie nach einem „ <b>Herzpass</b> “ bei der Anamneseerhebung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bei Vorlage eines Herzpasses ist ein Konsiliargespräch nicht erforderlich.		

Bitte machen Sie in den folgenden Zeilen Angaben zu zahnärztlichen Eingriffen, bei denen in Ihrer Praxis eine Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wird:

Indikation	Alle Patienten	Risiko-patienten	Primär eingesetztes Antibiotikum* ?
Größere Knochenaugmentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchtrennen und Versetzen von Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Implantationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnextaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intraligamentäre Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutende Eingriffe im Bereich des Parodonts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endodontische Behandlungen mit Kontamination des periapikalen Bereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Indikationen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Hinweis:*

Vor einer Antibiotikaprophylaxe ist ein Konsiliargespräch mit dem behandelnden Arzt bei beispielsweise folgenden Erkrankungen immer erforderlich:







- suboptimale Blutzuckereinstellung bei Diabetes mellitus
- reduzierte Immunabwehr aufgrund immunsuppressiver Therapie
- Gelenkprothesenimplantation innerhalb der letzten 24 Monate

Ein **Konsiliargespräch** mit dem behandelnden Arzt ist bei Patienten mit gestörtem Knochenstoffwechsel **immer erforderlich** bei beispielsweise:

- Radiatio im Kopf-Hals-Bereich
- Bisphosphonattherapie

Ist bekannt, dass bei gestörtem Knochenstoffwechsel eine prolongierte Antibiotikagabe notwendig ist?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

### 13. Arzneimittel

Werden kühlpflichtige Arzneimittel gelagert?* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>wenn ja,</b> Werden die Arzneimittel in einem von Lebensmitteln separiertem Kühlschrank gelagert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Min.-Max. Thermometer im Kühlschrank* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Arbeitstägliche Dokumentation des eingehaltenen Temperaturbereichs* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Regelmäßige Überwachung der Verfallsdaten aller Arzneimittel und Medizinprodukten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorbereitung von Spritzen* 		
Wird die „Einstundenregelung“* eingehalten? 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Werden Spritzen mit Inhalt, Aufziehdatum und Uhrzeit beschriftet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verwendung von Arzneimitteln zur Mehrfachentnahme (z.B. Lokalanästhetika, Antiseptika...) <b>wenn ja, welche Produkte</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation des Anbruch Datums	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Werden ausschließlich VAH-gelistete Händedesinfektionsmittel verwendet?* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Umfüllung von Händedesinfektionsmittel <b>wenn ja,</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

erfolgt das Umfüllen unter aseptischen Bedingungen in zuvor gereinigte, desinfizierte und sterilisierte Behälter, die anschließend mit dem Umfüll- und Verwendbarkeitsdatum beschriftet werden und wurde das Umfüllen von Händedesinfektionsmitteln nach § 67 Abs. 2 AMG der Bezirksregierung angezeigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Produkte:	

#### 14. Reinigungs- und Desinfektionsplan



(z.B. in jedem Behandlungsraum, Aufbereitungsraum, WC)


Reinigungs- und Desinfektionsplan vorhanden <b>wenn ja</b> , mit Verfahrensbeschreibung für	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hände	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schleimhaut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Geräte	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einrichtungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Flächen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kleidung / Wäsche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

#### 15. Flächendesinfektion

<b>Frequenz/ Häufigkeit</b>	
Patientennahe Flächen* nach jeder Patientenbehandlung ?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Flächen bei sichtbarer Kontamination	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Arbeitsflächen vor dem Richten von Medikamenten / Instrumenten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>Verfahren zur Wischdesinfektion</b>		
Wiederbefüllbare Tuchtranksysteme* ?		
„ready-to-use-Tuchsystem (vom Hersteller getränkte Tücher)		
Produkt	Hersteller	VAH-Listung
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein


Tuchsystem mit vom Anwender getränkten Tüchern* 			
Verwendetes Desinfektionsmittel	Hersteller	VAH-Listung	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verfahrensanweisungen zur Aufbereitung der Behälter* vor erneuter Befüllung vorhanden 		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Sprühdeseinfektion ausschließlich für Stellen, an denen eine Scheuer-Wischdeseinfektion nicht möglich ist			
Produkt	Hersteller	Konz. [%] (unverdünnt(100%))	VAH-Listung
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Verwendung eines automatischen Desinfektionsmitteldosiergeräts für <b>Flächendesinfektionsmittel</b> * 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
letzte technische Überprüfung am:	
Manuelle Herstellung von Desinfektionsmittelgebrauchslösungen <b>wenn ja,</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dosiertabelle vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dosierhilfe vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>



## 16. Wäsche\*

	Einmal- artikel	durch Fremd- firma	in der Praxis	durch Praxisbe- treiber	im privaten Bereich der Mitarbeiter
Aufbereitung von <b>nicht</b> kontaminierter Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung von <b>kontaminierter</b> Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung von Wischtüchern für die <b>Desinfektion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Aufbereitung von Wischtüchern für die <b>Reinigung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wie erfolgt die Aufbereitung der <b>kontaminierten</b> Wäsche?* 	<input type="checkbox"/> Kochwäsche <input type="checkbox"/> Chemothermisches Waschverfahren mit VAH-gelistetem Waschmittel
verwendetes Produkt und Temperatur bitte angeben:	
<b>falls die Aufbereitung durch Fremdfirma erfolgt,</b>	
Ist die Wäscherei darüber informiert, dass es sich um möglicherweise kontaminierte Wäsche handelt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welche Wäscherei führt die Aufbereitung durch?	

### 17. Aufbereitung Medizinprodukte


<b>Erfolgt die Aufbereitung durch eine Fremdfirma?*</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>wenn ja</b> , durch welches Unternehmen:	
<b>falls die Aufbereitung in der eigenen Praxis erfolgt,</b>	
Beschäftigen Sie für die Instrumentenaufbereitung fach- und sachkundiges Personal?* 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Risikobewertung* der Instrumente vor? 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Werden die Übertragungsinstrumente nach jedem Patienten aufbereitet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wird ein täglicher Wechsel der Lösungen in den Wannenbädern/ Fräsatoren durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Werden Ihre Instrumente der Risikoklasse „Kritisch B“ im RDG / DAC aufbereitet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist der Prozess im RDG / DAC validiert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>






Werden Prozessparameter des RDG laufend aufgezeichnet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erfolgt die Sterilisation im Autoklaven Typ B?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist der Prozess der Dampfsterilisation validiert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erfolgt die Überprüfung des Sterilisiervorgangs mittels Prozessindikatoren (Helix)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wird eine Chargendokumentation der Sterilisationsvorgänge geführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Werden sterile Instrumente geschützt gelagert?*  (Schublade/Schrank)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## Baulich – funktionelle Struktur

### 18. Bauliche Voraussetzungen

Zur Veranschaulichung wird eine aussagekräftig beschriftete Grundrisszeichnung der Praxis erbeten (einfache beschriftete Skizze ist ausreichend)\* 

Räume	zutreffend	
Aufwachraum / Ruhezone	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Behandlungsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Büro	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Dentallabor	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Eingriffsraum* 	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Instrumentenaufbereitungsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Wie ist, im Falle einer Ein-Raumlösung, die Trennung des reinen vom unreinen Bereich gegeben?* 	Spritzschutz <input type="checkbox"/> gegenüberliegende Raumseiten <input type="checkbox"/>	
Lageraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Operationsraum* 	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Personalaufenthaltsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Personalumkleide	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>
Putzmittelraum / Entsorgungsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl: <input type="text"/> nein <input type="checkbox"/>

Röntgenraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Röntgen im Behandlungsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Wäscheaufbereitungsraum	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Wartezimmer	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
WC-Patienten	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
WC-Personal	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>

### 19. Be- und Entlüftung / Klimageräte / Raumluftechnische Anlagen (RLT-Anlagen)

<b>Fensterlüftung</b>	
Operationsräume	<input type="checkbox"/> mit Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fenster
Eingriffsräume für zahnärztliche Chirurgie	<input type="checkbox"/> mit Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fenster
Behandlungsräume	<input type="checkbox"/> mit Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fenster
Aufbereitungsräume	<input type="checkbox"/> mit Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fliegengitter <input type="checkbox"/> ohne Fenster


<b>Klimageräte</b> (Anlagen ausschließlich zur Kühlung der Raumtemperatur)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>wenn ja</b> , in welchen Räumen?		
<b>zu beachten:</b> In medizinischen Behandlungsbereichen sollen nur Klimageräte betrieben werden, die konform der Anforderungen nach VDI 6022 betrieben, gewartet und desinfizierend gereinigt werden können.		
Wann wurden die Klimageräte zuletzt gewartet und desinfizierend gereinigt?	Datum:	


<b>Zentrale RLT-Anlage</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>wenn ja</b> ,		



werden in Behandlungs- und Eingriffsräumen die Anforderungen nach DIN 1946-4, Raumklasse II erfüllt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---

Werden bei Be- und Entlüftung von Operationsräumen die Anforderungen nach DIN 1946-4, Raumklasse Ib erfüllt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>
letzte Wartung am:	Datum:

## 20. Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene

	Handwaschbecken	Spender für Flüssigseife	Spender für Einmalhandtücher	Spender für Händedesinfektionsmittel	Bereitstellung von Hautschutzcreme 
Aufbereitungsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlungsräume / Eingriffsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentallabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaltoilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Räume (bitte benennen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Ausstattung</b>	
Wasserarmatur ohne direkten Handkontakt bedienbar* 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Fließend kaltes und warmes Wasser	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Technische Details</b>		
Regelmäßige Reinigung/ Wechsel der Wasserstrahlregler (Perlatoren)* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wasserstrahl direkt in den Abfluss* 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Waschbecken ohne Überlauf	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Sind reine Arbeitsflächen, z.B. zum Aufziehen/Vorbereiten von Spritzen, jeweils durch einen Spritzschutz von der Wasserentnahmestelle getrennt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-------------------------------


## 21. Behandlungseinheiten und wasserführende Systeme


### 21.1 Ortsfeste Behandlungseinheiten

Letzte Wartung der Behandlungseinheiten	am:
(Bei unterschiedlichen Terminen bitte für jede Einheit separat angeben.)	

<b>Behandlungseinheiten mit Wasservorratsbehälter („Bottle-System“)</b>	<b>Anzahl:</b>
Wenn Sie ein „Bottle-System“ verwenden, welches Wasser verwenden Sie?	<input type="checkbox"/> Leitungswasser
	<input type="checkbox"/> Tafelwasser / stilles Mineralwasser
Setzen Sie dem Wasser ständig ein Desinfektionsmittel zu? <b>wenn ja,</b>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welches Produkt wird verwendet?	

<b>Behandlungseinheiten mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation</b>	<b>Anzahl:</b>
Trennung der wasserführenden Systeme von der Trinkwasserinstallation über einen Systemtrenner gem. DIN EN 1717* 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungseinheiten mit einem DVGW-Prüfsiegel versehen?* 	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Setzen Sie dem zulaufenden Wasser ständig ein Desinfektionsmittel zu (Dauerentkeimung)?*  <b>Wenn ja</b> , welches Desinfektionsmittel zur Wasserentkeimung setzen Sie ein?  Wenn für Einheiten abweichende Angaben erforderlich sind, bitte eintragen:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Produktname:
	Hersteller:

Desinfizieren Sie am Ende der Arbeitswoche das zuführende System Ihrer Behandlungseinheit (Intensiventkeimung)?*  <b>Wenn ja</b> , welches Desinfektionsmittel setzen Sie ein?  Wenn für Einheiten abweichende Angaben erforderlich sind, bitte eintragen:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Produktname
	Hersteller:
Spülung des zuführenden Systems am Beginn des Arbeitstages für mind. 2 Min.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Spülung des zuführenden Systems nach jeder Behandlung für mind. 20 Sek.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Desinfektion und Reinigung der Absaugung mindestens am Ende des Arbeitstages gemäß Herstellerangaben Produktname  Hersteller  Konzentration  Ergänzungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>wenn ja,</b>
Äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen wie Urlaubszeiten gemäß Herstellerangaben	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---

### 21.2 Hygienisch-mikrobiologische Prüfung\*

Hygienisch-mikrobiologische Prüfung der wasserführenden Systeme	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>wenn ja</b> , zuletzt am: <i>Bitte Untersuchungsbefunde beifügen</i>	
Bestimmung der Koloniezahl 36°C	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bestimmung von Legionellen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Probenahme erfolgte durch:	<input type="checkbox"/> mit der Untersuchung beauftragtes Labor <input type="checkbox"/> Praxisbetreiber <input type="checkbox"/> Praxismitarbeiter <input type="checkbox"/> andere Person

### 21.3 Mobile Behandlungsgeräte

Mobile Behandlungsgeräte (z.B. Chirurgie-Geräte, Implantations-Geräte, Koffergeräte für Alten- und Behindertenheime) <b>wenn ja</b> ,	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anzahl	
Typ / Hersteller	

## 22. Abfallmanagement\*

<b>Abfallart</b>	
Entsorgung von spitzen und scharfen Gegenstände (AS 18 01 01) in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Werden mit Blut, Sekreten oder Exkreten behafteten Abfällen (z.B. Tupfer, Handschuhe, Drainagestreifen – AS 18 01 04) vor dem Zugriff Unbefugter geschützt dem Entsorgungsunternehmen übergeben?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Werden die die Anforderungen der kommunalen Abfallentsorgungssatzung beachtet?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/>
Werden Röntgenchemikalien und Chemikalien, die aus gefährlichen Stoffen bestehen, oder solche enthalten (z.B. Säuren, Laugen, Desinfektions- und Reinigungsmittelkonzentrate – AS 18 01 06) der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>
Werden amalgamhaltige Abfälle (AS 18 01 10) der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### Bearbeitung der Checkliste

Datum	
Beantwortet von	
Funktion in der Praxis	

### Hinweis:

**Bitte denken Sie daran, die letzten Befunde der hygienisch-mikrobiologischen Prüfung der wasserführenden Systeme Ihrer Behandlungseinheiten beizufügen.**