

IfSG-Modell Nordrhein

# **Checkliste Hygienebegehung von Zahnarztpraxen**

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

# 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. Antibiotikaprophylaxe.....	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 / Raumlufttechnische Anlagen.....	17
20. Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene .....	18
21. Behandlungseinheiten und wasserführende Systeme .....	19
22. Abfallmanagement.....	21

**Hinweis:** Zu den mit einem \* versehenden 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"/>				
Brandschutzhelfer/in*	<input type="checkbox"/>				
Dentaltechniker/in	<input type="checkbox"/>				
Ersthelfer/in*	<input type="checkbox"/>				
Fachkraft für die Aufbereitung zahnmedizinischer Instrumente*	<input type="checkbox"/>				
Hygienebeauftragte/r*	<input type="checkbox"/>				
Praxisinhaber/in Praxisleitung	<input type="checkbox"/>				
Praxismanager/in	<input type="checkbox"/>				
Prophylaxeassistent/in	<input type="checkbox"/>				
QM-Beauftragte/r	<input type="checkbox"/>				
Reinigungskraft	<input type="checkbox"/>				
Strahlenschutzbeauftragte/r	<input type="checkbox"/>				
Sterilgutassistent/in*	<input type="checkbox"/>				
Verwaltungskraft	<input type="checkbox"/>				
Zahnärztin / Zahnarzt	<input type="checkbox"/>				
Zahnarzthelfer/in (Ausbildungsbeginn <b>vor</b> 2001)	<input type="checkbox"/>				
Zahnmedizinische Fachangestellte/r (Ausbildungsbeginn <b>nach</b> 2001)	<input type="checkbox"/>				

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

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"/>
--	---

<b>Besteht bei allen Mitarbeitern folgende(r) Immunität / Impfschutz?</b>		
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"/>	

<b>Empfiehlt der Betriebsarzt folgende Schutzimpfungen?</b>		
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"/>

<b>Sind im Hygieneplan Festlegungen zum Tragen von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) getroffen worden?</b>		
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 / orthognathic 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

	<b>Eingriffe ohne speichelndichten Wundverschluss</b>	<b>Eingriffe mit speichelndichtem Wundverschluss</b>
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"/>
Kopfhaube* 	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*  vermieden?	

Inhalationsnarkosen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja,</b>		
wie wird die Raumluftkontamination*  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</b> , wie häufig (z.B. jährlich)	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"/>	
Zahnextraktionen	<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"/>
wenn ja, 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...)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, welche Produkte		
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	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja,		

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	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
wenn ja, mit Verfahrensbeschreibung für		
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**

Frequenz/ Häufigkeit	
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 Tuchtränksysteme* 		
„ready-to-use-Tuchsystem (vom Hersteller getränktes 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"/>
Sprühdesinfektion ausschließlich für Stellen, an denen eine Scheuer-Wischdesinfektion nicht möglich ist		
Produkt	Hersteller	Konz. [%] (unverdünnt(100%))
		<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> kontaminierteter Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>				
Aufbereitung von <b>kontaminierteter</b> Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>				
Aufbereitung von Wischtüchern für die <b>Desinfektion</b>	<input type="checkbox"/>				

Aufbereitung von Wischtüchern für die <b>Reinigung</b>	<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 Sterilisierungsvorgangs 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?*  ja <input type="checkbox"/>	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"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Behandlungsraum	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Büro	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Dentallabor	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Eingriffsraum* 	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Instrumentenaufbereitungsraum	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	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"/>	
Lagerraum	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Operationsraum* 	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Personalaufenthaltsraum	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Personalumkleide	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>
Putzmittelraum / Entsorgungsraum	ja <input type="checkbox"/> <b>wenn ja</b> , Anzahl:	nein <input type="checkbox"/>

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

## 19. Be- und Entlüftung / Klimageräte / Raumlufttechnische 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) <b>wenn ja, in welchen Räumen?</b> <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.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wann wurden die Klimageräte zuletzt gewartet und desinfizierend gereinigt?	Datum:

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

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 Wasser-vorratsbehälter („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"/>

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

<p>Desinfizieren Sie am Ende der Arbeitswoche das zuführende System Ihrer Behandlungseinheit (Intensiventkeimung)?* </p> <p><b>Wenn ja</b>, welches Desinfektionsmittel setzen Sie ein?</p> <p>Wenn für Einheiten abweichende Angaben erforderlich sind, bitte eintragen:</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Produktnamen	
	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	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Produktnamen	<b>wenn ja,</b>	
Hersteller		
Konzentration		
Ergänzungen		
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 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.**