



Basischeckliste
zur Überprüfung von Arztpraxen

A. Allgemeine Angaben

1. Organisation

Organisationsform	
Inhaber/Ärztlicher Leiter:	
angestellte Ärzte/ Ärztinnen	
Zahl Medizinische Fachangestellte	
davon abgeschlossene Ausbildung	

2. Überprüfung

Überprüfungsdatum	
Überprüfungsdauer	
Teilnehmer Einrichtung	
Teilnehmer RGU-HU-IHM	

3. Leistungsspektrum

Anzahl Patienten/Quartal		
Infusionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Injektionen i.v., i.m.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Postoperative Nachsorge/Wundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (Gelenkpunktionen, Inhalationen etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

B. Infektionshygienische Überprüfung

1. Baulich-funktionelle Voraussetzungen

Raum	Ausstattung hygienegerecht	Händewaschplatz	Wandständiger HD-Spender
Untersuchungsraum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eingriffsraum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Personaltoilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Patiententoilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufbereitungsraum anderweitige Nutzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstiges	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Apparativ-technische Ausstattung

2.1. RD-Gerät

Gerätebezeichnung	
Tägliche Routinekontrolle/ Checkliste Füllstände, Flusensieb, Pumpensumpf, Dreharme, Andocksysteme, Sichtkontrolle Innenraum RDG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontrolle Reinigungsleistung (z.B. TOSI)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mikrobiologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Validierte Verfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.2. Sterilisator

Gerätebezeichnung	<input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> nicht klass. Altgerät <input type="checkbox"/> Klasse N <input type="checkbox"/> Klasse S <input type="checkbox"/> Klasse B
DIN-Konformität	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mikrobiologische Überprüfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Validierte Verfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

2.3. Folienschweißgerät

Gerätebezeichnung	
Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.4. Sonografiegerät

Gerätebezeichnung	
Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.5. sonstige Geräte

Gerätebezeichnung	
Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2.6. Notfallkoffer

Regelmäßige Kontrolle Intervall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------------	---

2.7 Dokumentation

MP-Bestandsverzeichnis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MP-Bücher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Hygienemanagement

3.1. Struktur

Externe Betreuung Name:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hygienebeauftragte Arzthelferin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurs absolviert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
schriftlich benannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.2. Hygieneplan

Vorliegen Hygieneplan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
angepasst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dokumentierte Personaleinweisung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.3. RD-Plan

Vorliegen RD-Plan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
angepasst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dokumentierte Personaleinweisung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

4. Basishygiene/ Personalhygiene/ Personalschutz

4.1. Händehygiene

Händedesinfektionsmittel		
Ablaufdatum beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Korrekte Durchführung hyg. HD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen von Schmuck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
lange/künstliche Fingernägel/ Nagellack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2. Hautdesinfektion

Hautdesinfektionsmittel		
Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ablaufdatum beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.3. Schleimhautdesinfektion

Schleimhautdesinfektionsmittel		
Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ablaufdatum beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.4. Personalschutz

Untersuchungshandschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flüssigkeitsdichte Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzbrille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schürzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachgerechte Entsorgung Sharps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5. Umgang mit Medizinprodukten

5.1. Voraussetzungen

Risikobewertung gem. RL-RKI	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Festlegung von SOPs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Festlegung von Zuständigkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung durch qualifiziertes Personal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachkunde vorhanden (bei Aufber. kritisch B)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinkwasseruntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5.2. Aufbereitung

<input type="checkbox"/> manuell	<input type="checkbox"/> maschinell (s. Punkt RD-Gerät)
----------------------------------	---

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

	Kritisch A	
Abwurf		
Reinigung		
Instrumentenreiniger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosierung korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geeignete Bürsten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Desinfektion		
Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wanne mit Deckel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosierhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dosierung vorgegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einwirkzeit vorgegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spülung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trocknung		
geeignete Tücher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verpackung		
DIN-konform	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sachgerechtes Packen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sachgerechte Beschriftung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandlungsindikatoren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kritisch B

Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachgerecht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5.3. Sterilisation

Kritisch A/B			
Routinekontrollen	Sterilisator geeignet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	sachgerechte Beladung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	geeigneter Chemoindikator	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bowie-Dick-Test	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentation	Chargendokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Freigabedokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	nachvollz. Vorgehen bei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Abweichungen im Prozessablauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5.4. Lagerung Sterilgut

geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
fristgerecht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mehrfachentnahme aus Container	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

5.5. Eimalmaterial

Ablaufdatum beachtet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →Liste
Produktbezeichnung	Ablaufdatum

6. Reinigung/Desinfektion allgemein

6.1. Flächendesinfektion

<input type="checkbox"/> durch Arzthelferin	<input type="checkbox"/> durch Reinigungskraft
Flächendesinfektionsmittel	
Ablaufdatum beachtet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Korrekte Dosierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einmaltücher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung von Putztüchern sachgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sachgerechte Indikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprühdesinfektion ausschließlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6.2 Reinigung

<input type="checkbox"/> eigenes Personal	<input type="checkbox"/> Firma:
Einweisung Reinigungskraft nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wechsel-Mop-Verfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung Mops nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abfallentsorgung korrekt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7. Wäsche

Tragen von Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bereichskleidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.1. Lagerung

Arbeits-/ Privatkleidung getrennt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
saubere/ Schmutzwäsche getrennt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.2. Aufbereitung

in der Praxis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
desinfizierendes Waschverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wäscherei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
im häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3

8. Medikamente

8.1. Vorhaltung abgelaufener Medikamente

Bereich	Medikament	Ablaufdatum

8.2. Kühlpflichtige Medikamente

separater Medikamentenkühlschrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Temperaturkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Temperaturdokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8.3. Mehrdosisbehältnisse

ohne Konservierungsstoffe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sachgerechte Handhabung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
mit Konservierungsstoffen vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sachgerechte Handhabung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8.4. Medikamentenlagerung

geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------	-----------------------------	-------------------------------

8.5. Salben

Anbruchdatum vermerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entnahme mit Spatel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

8.6. i.v.-Medikation

Hygienische Mängel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

8.7. Betäubungsmittel

Aufbewahrung korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dokumentation korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachweisführung korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Btm-Bestand korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

9. Praxisbesonderheiten

Punktionen, Inhalationen etc.

Datum

Unterschrift

Erstellt/ überarbeitet durch:	Freigegeben durch:	Freigegeben am:	Version:
Dr. Edith Begemann	Dr. Sabine Gleich	01.04.10	3