



Gesundheitsamt (Lkr/Stadt)	Amtsarzt	Regierungsbezirk	Datum der Begehung
.....	.....	.....	.....

Name der Einrichtung	Kategorie gemäß KVB		Anschrift
.....	.....	.....	.....

### Einrichtungen für ambulantes Operieren

<b>Hinweis:</b> Alle Punkte der Checkliste <u>müssen geprüft</u> werden	Ja	Nein
<b>1. Art der Einrichtung</b>		
Durchführung von Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von operativen Eingriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.1 Fachrichtung</b>		
Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädie/Unfallchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handchirurgie		
Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastische Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Thoraxchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: .....		
<b>1.2 Umfang der operativen Tätigkeiten</b>		
Anzahl der OP-Säle .....		
Anzahl der Eingriffsräume .....		
Einrichtung wird an ..... Tagen pro Woche genutzt		
Anzahl der Operationen pro Jahr: .....		
Anzahl der operativen Eingriffe pro Jahr: .....		
<b>2. Art der Einrichtung Baulich-funktionelles Konzept</b>		
räumliche Abtrennung des OP-Bereichs gegenüber der übrigen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.1 Personalumkleide/Personalschleuse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittelpender am Übergang unrein/rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittelpender am Übergang rein/OP-Flur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personaltoiletten auf der unreinen Seite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
ausreichende Schrankflächen für Privat- und Arbeitskleidung im unreinen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichende Sammelbehälter für benutzte OP-Kleidung und -Schuhe im unreinen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechte Vorhaltung der OP- Bereichskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2 Patientenübergabe/-umkleide</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenübergaberaum oder -fläche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenumkleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eindeutige Trennung unrein/rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechte Zwischenlagerung von Betten/Liegen möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3 Materialversorgung</b>		
eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung der Wege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über Patientenschleuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechter Ablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4 Arbeitsraum unrein/Entsorgungsraum/Putzraum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Entsorgungsraum: eindeutige bauliche oder funktionelle Trennung unrein/rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktions- und hygienegerecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dezentrales Dosiergerät vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausguss vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5 Aufenthaltsraum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
private Taschen verbleiben in der Umkleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittelspender vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6 Sterilgutlagerung</b>		
funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.7 Lagerung von Geräten</b>		
funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8 Lagerung von Medizinprodukten</b>		
funktionsgerechte, staubgeschützte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend Lagerfläche bzw. Lagerraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerungszeiten werden eingehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.9 Umgang mit Arzneimitteln</b>		
separates Modul „Umgang mit Arzneimitteln“ wurde ausgefüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.10 Räume/ Flächen für die Händewaschung und –desinfektion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Händedesinfektion in räumlicher Nähe zu den Operationsräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handwasch- und Händedesinfektionsplätze funktions- und hygienegerecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktionsgerechte Vorhaltung von Händedesinfektionsmittelspendern in angemessener Anzahl im gesamten Operationsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.11 Operationsräume</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP-Saal mit mehr als einem OP-Tisch vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türen sind während des Betriebes geschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktions- und hygienegerecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend groß bemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung von Einmalartikeln nur für den Tagesbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastatur des Dokumentationsplatzes wischdesinfizierbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserarmaturen oder Bodenabläufe nur in TUR-Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.12 Eingriffsräume</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktions- und hygienegerecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend groß bemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>2.13 Raumluftechnische Anlage (RLT-Anlage)</b>		
im OP-Saal: Luftführungssystem nach Raumlufklasse Ia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im OP-Saal: Luftführungssystem nach Raumlufklasse Ib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im OP-Saal: Belüftung nach Raumklasse II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im OP-Saal: mobiles Lüftungsgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erzeugt HEPA-gefilterte Zuluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewährleistung der Schutzdruckhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspektion, Kontrolle, Wartung, Instandhaltung, Instandsetzung		
qualifizierte routinemäßige mind. jährlich hygienische Prüfung der OP-Zuluftsysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderer Turnus: .....		
letzte Prüfung am: .....		
<i>AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme</i>		
Lüftung über Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insektenschutzgitter vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.14 Richten der Instrumentiertische</b>		
außerhalb des OP-Saals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter Raumlufklasse-Bedingungen wie im OP-Saal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechte Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechter Transport in den OP-Saal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.15 Sterilgut- und Medizinproduktaufbereitung (inkl. Anästhesiematerial)</b>		
externe Aufbereitung der Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertraglich mit externer Firma festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sachgerechter Transport sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
separater Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend groß bemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bauliche oder funktionelle Abtrennung der reinen Zone*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktions- und hygienegerecht ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manuelle Reinigung u. Desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maschinelle Reinigung u. Desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Wartung der Geräte sichergestellt *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zugelassenes, validiertes Verfahren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Wartung der Geräte sichergestellt *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zugelassenes, validiertes Verfahren *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von qualifiziertem Personal *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalqualifikationszertifikate vorhanden *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validierungszertifikate vorhanden*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuständigkeiten schriftlich festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme</i>		
ausschließliche Verwendung von Einmalmaterialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Wenn eine der Fragen mit „Nein“ beantwortet wird, muss das Gewerbeaufsichtsamt benachrichtigt werden!		
<b>2.16 Aufbereitung der OP-Schuhe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuhwaschmaschine vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Funktionskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Wartung nach Herstellerangaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechter Standort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
externe Aufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manuelle Aufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechte Durchführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>2.17 Aufwachraum/ -bereich</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
außerhalb der OP-Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
getrenntes Personal für OP u. Aufwachraum (z.B. Anästhesie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falls kein getrenntes Personal: hygienegerechtes Verhalten beim Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
funktions- und hygienegerecht ausgestattet		
<b>3. Hygieneorganisation</b>		
<b>3.1 Hygienefachpersonal</b>		
Durchführung von operativen Tätigkeiten der Kategorie A nach KVB-Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von operativen Tätigkeiten der Kategorie B nach KVB-Liste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung durch Krankenhaushygieniker/in sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsumfang vertraglich geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Stunden laut Vertrag .....pro Woche/Monat/Jahr bitte aus Liste auswählen		
Beratung laut Vertrag nur bei Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung erfolgt überwiegend vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung durch Hygienefachkraft sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsumfang vertraglich geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Stunden laut Vertrag .....pro Woche/Monat/Jahr bitte aus Liste auswählen		
Beratung laut Vertrag nur bei Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung erfolgt überwiegend vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte/-r Ärztin/Arzt bestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte/-r in der Pflege bestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte/-r Medizinische/-r Fachangestellte/-r bestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2 Personelle Hygienemaßnahmen und Händedesinfektion</b>		
Händedesinfektion vor Betreten der OP-Abteilung (Übergang unrein zu rein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion nach Anlegen der Bereichskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion vor jedem Patientenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion vor aseptischen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion nach Kontakt mit Oberflächen in der unmittelbaren Umgebung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion bei Verlassen des Aufenthaltsraums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter ohne Hand-/Unterarmschmuck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter ohne Nagellack/künstliche Fingernägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3 Persönliche Schutzausrüstung (PSA)</b>		
Anlegen eines Haarschutzes in der Schleuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erneuerung des Mund-/Nasenschutzes vor jeder Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erneuerung des Mund-/Nasenschutzes bei Durchfeuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendung steriler OP-Mäntel mit definierter Barrierefunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendung steriler OP-Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4 Aufbereitung der Wäsche</b>		
Bereichskleidung des OP-Personals ordnungsgemäß aufbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interne Aufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
desinfizierendes Waschverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
externe Vergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zertifikat vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5 Reinigung und Desinfektion</b>		
hygienegerechte Reinigung und Desinfektion zwischen zwei Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienegerechte Reinigung und Desinfektion zwischen zwei Eingriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel VAH-gelistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
hygienegerechte tägliche Abschlussreinigung- und -desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungspersonal wird durch das Hygienefachpersonal geschult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontaminationsgeschützte Lagerung reiner Materialien zur Reinigung u. Desinfektion sichergestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeidung bzw. Minimierung des „Wiedereintauchens“ von benutzten Bezügen/Tüchern in jeweilige Lösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung von Bezügen/Tüchern zum mehrmaligen Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maschinell thermisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chemothermisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anschließend ausreichende Trocknung sichergestellt oder bestimmungsgemäß vorgetränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Einmalbezügen/-wischtüchern, sofern eine Aufbereitung der Utensilien nicht möglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzwagen in sauberem und ordentlichem Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Desinfektionstüchern aus Tuchspendersystemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwendete Tücher und Desinfektionsmittel kompatibel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortränken der Desinfektionstücher entsprechend der Herstellerangaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sachgerechte desinfizierende Aufbereitung und Trocknung der Eimer bei Wiederbefüllung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschriftung der Eimer mit Befüll- und Ablaufdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behälterdeckel geschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.6 Hygieneplan</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anweisungen zum hygienegerechten Einschleusen des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chirurgische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
präoperative Haarentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chemisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
präoperative Haut-/ Schleimhautdesinfektion nach KRINKO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdeckung des Operationsgebietes mit sterilen Tüchern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendung von Einmalmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbereitung des Operationssaales zwischen zwei Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungs- / Desinfektionsplan sichtbar ausgehängt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautschutzplan sichtbar ausgehängt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygieneplan für alle Mitarbeiter zugänglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Schulung des Personals über Inhalt und Neuerungen des Hygieneplans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Dokumentation der Teilnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>AMTSÄRZTIN/AMTSARZT: Einsichtnahme</i>		
<b>4. Prävention nosokomialer Infektionen</b>		
schriftliche hygienegerechte Standards zur Prävention postoperativer Wundinfektionen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche hygienegerechte Standards zur Prävention Gefäßkatheter assoziierter Infektionen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perioperative, leitlinienkonforme Antibiotikagabe nachgewiesen (bei Bedarf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Surveillance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassung postoperativer Wundinfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassung des Auftretens von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fortlaufende Bewertung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sachgerechte Schlussfolgerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.1 Teilnahme am AMBU-KISS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswertung der KISS-Daten aus dem vorherigen Kalenderjahr eingesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
waren diese vollständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gab es Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.2 Surveillance analog zu AMBU-KISS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Festlegung zur Erhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDC-Kriterien zur Definition der postoperativen Wundinfektion werden verwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Definition der postoperativen Wundinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Festlegung der Definition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definition der Bezugsgröße schriftlich festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3 Andere Methode der Surveillance</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Festlegung zur Erhebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDC-Kriterien zur Definition der postoperativen Wundinfektion werden verwendet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Definition der postoperativen Wundinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schriftliche Festlegung der Definition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definition der Bezugsgröße schriftlich festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.4 Zuständigkeit für die <u>Erfassung</u> der Daten zu postoperativen Wundinfektionen (Mehrfachnennung möglich)</b>		
Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragter Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte Pflegekraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Fachangestellte/Fachangestellter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige/r: .....		
Schulung der für die Erfassung zuständigen Mitarbeiter im Umgang mit den Definitionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.5 Zuständigkeit für die <u>Bewertung</u> der Daten zu postoperativen Wundinfektionen (Mehrfachnennung möglich)</b>		
Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienebeauftragter Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige/r: .....		
Zuständigkeit für die Bewertung schriftlich festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.6 Referenz für die Bewertung der Ergebnisse</b>		
Daten werden bewertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigene Daten aus vorangegangenen Zeiträumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationale Referenzdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.7 Bewertungsfrequenz</b>		
schriftlich (§10 MedHygV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halbjährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Zeiträume: .....		
Letzte Bewertung am: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.8 Maßnahmen (Konsequenzen) aus der Erfassung und Bewertung der Daten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderung des Antibiotikamanagements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderung des Hygienemanagements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen/Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
<b>6. Umgang mit Antibiotika</b>		
Erfassung des Antibiotikaverbrauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Analyse und Bewertung des Antibiotikaverbrauchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Umgang mit MRE-Patienten</b>		
bei Risikopatienten erfolgt präoperativ ein Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Management bei Erregernachweis festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolierung des Patienten im Aufwachraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung des Personals zum Hygienemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Anmerkungen/Sonstiges</b>		
.....		