

<h2 style="margin: 0;">Selbstauskunftsbogen</h2> <p style="margin: 0; font-size: 0.9em;">Infektionshygienische Überwachung von ambulanten Intensivpflegediensten nach § 35 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)</p>		
Allgemeine Angaben:		
Einrichtung:		
Anschrift:		
Träger:		
Personal		
	Telefon	E-Mail
Leitung der Einrichtung		
Pflegedienstleitung		
Hygienefachkraft <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
	Telefon	E-Mail
Datum & Thema der letzten Fortbildung		
Hygienebeauftragtes Personal (Pflegepersonal)		
	Telefon	E-Mail

Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
<i>Bitte fügen Sie die Stellenbeschreibung und Qualifikations- bzw. Schulungsnachweise des hygienebeauftragten Personals bei.</i>		
Struktur		
Welche Funktion(en) erfüllt die Pflegedienstzentrale?		
<input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Teamsitzungen <input type="checkbox"/> Schulungen <input type="checkbox"/> Umkleiden <input type="checkbox"/> Materiallager <input type="checkbox"/> Wäscheaufbereitung Personal <input type="checkbox"/> Wäscheaufbereitung Klienten <input type="checkbox"/> Abfallentsorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Bemerkungen:		
Kooperation mit externem Personal		
Gibt es Kooperationsverträge mit externem Personal (z.B. Reinigung, Wäsche, Catering und Wundmanagement)?		
Leistung	Name	

Ist die Einhaltung des einrichtungsinternen Hygieneplans für kooperierende Dienstleister vertraglich geregelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Datum der letzten Schulung:	
Klientenstruktur	
Betreuung der Klienten in der eigenen Wohnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl der Klienten:	
Betreuung der Klienten in Wohngemeinschaften? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl der Klienten: Anzahl der betreuten Wohngemeinschaften:	
Bitte fügen Sie eine Liste der Wohngruppen/Wohngemeinschaften (inkl. Adresse) bei.	
Anzahl der Klienten mit...	
Trachealkanüle	
PEG-Sonde	
Harnwegskatheter, transurethral	
Harnwegskatheter, suprapubisch	
Sonstiges:	
Anzahl der Klienten	
mit Demenzerkrankung	
mit MRE-Besiedlung/Infektion	
Leistungsspektrum	
Grundpflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandlungspflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachtdienst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Rufbereitschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Pflegefachliches Spektrum		
	wird durchgeführt	wird <u>nicht</u> durchgeführt
Durchführung von Injektionen und Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sowie auch Stomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Sondenernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Arzneimitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legen/Wechseln/Pflege von Harnwegskathetern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostomapflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung von Inhalationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitskleidung		
Wird Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist sie bei 60°C waschbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wird Dienstkleidung getrennt von der Privatkleidung gelagert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist das Thema Dienstkleidung per Dienstanweisung geregelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<i>Wenn ja, fügen Sie bitte die entsprechende Dienstanweisung dem Bogen bei.</i>		
Hygienemanagement		
<i>Bitte übermitteln Sie den Hygieneplan, inklusive aller Reinigungs- und Desinfektionspläne.</i>		
Gibt es einen Hygieneplan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Letzte Überarbeitung am:		

Wer erstellt und aktualisiert den Hygieneplan?		
Hygiene-Schulungen		
Datum der letzten Schulung:		
Thema:		
Wer führt die Schulungen durch?		
Basisdaten der Wohngemeinschaft(en)*		
<i>* wenn vorhanden</i>		
	Name	Wohngemeinschaft
verantwortliche Pflegefachkraft/ Ansprechpartner		
Ärztliche Versorgung der Wohngemeinschaft durch Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> oder durch Gesamtversorgung aller Klienten durch einen Arzt bzw. eine Ärztin <input type="checkbox"/>		
Name	Adresse	Wohngemeinschaft
Reinigung		
Erfolgt die Reinigung durch eigenes Personal? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn nein, Fremdvergabe an:		
Datum der letzten Hygiene-Schulung:		

Die Schulung erfolgte durch:
Hauseigene Kontrolle der Reinigung durch:
Wäscheaufbereitung
Wäscheaufbereitung intern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie wird reine/unreine Wäsche gelagert?
Wäscheaufbereitung (auch teilweise) extern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch:
Wie oft wird die Wäsche abgeholt
Wie erfolgt der Transport innerhalb des Hauses?
Sonstiges
Medizinprodukteüberwachung
Überwachung durch die Bezirksregierung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:
Überwachung durch den MDK und die WTG-Behörde
Überwachung durch den MDK? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:
Überwachung durch die WTG-Behörde? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:
Für Rückfragen zum Selbstauskunftbogen:
Ansprechpartner:
Telefon:
E-Mail:
Stand der Angaben vom: