

## Selbstauskunftsbogen

Infektionshygienische Überwachung von Dialyseeinrichtungen nach § 23 Abs. 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

### Allgemeine Angaben:

Einrichtung:

Anschrift:

Träger:

Es handelt sich um eine  Praxis o.Ä./  die Abteilung eines Krankenhauses

### Personal

Telefon

E-Mail

Ärztliche Leitung

Pflegedienstleitung

Technische Leitung

**(Krankenhaus-)Hygieniker/in**

Telefon:

E-Mail:

Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		
Werden interne Hygienebegehungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum letzte Begehung:		
<b>Hygienefachkräfte</b>		
	Telefon	E-Mail
Datum der letzten Fortbildung (je Hygienefachkraft)		
Thema:		
Werden interne Hygienebegehungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Hygienebeauftragtes Personal (Ärzte bzw. Ärztinnen und Pflegepersonal)</b>		
	Telefon	E-Mail
Wird das hygienebeauftragte Personal spätestens alle zwei Jahre fortgebildet? (§6 Abs. 2 HygMedVO NRW) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Datum der letzten Fortbildung		
Thema:		

<b>Struktur</b>	
Medizinisches Angebot	
Anzahl der Dialyseplätze/ Dialyseanschlüsse	
Anzahl der Dialysegeräte	
Anzahl der durchgeführten Dialysen pro Jahr	
<b>Dialyseverfahren</b> Peritonealdialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hämodialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hämofiltration <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Apherese <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Sterilisation &amp; Reinigung</b>	
Ist eine eigene zentrale Sterilisationseinheit vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Sterilisationsarbeiten (auch teilweise) extern vergeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, durch:	
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:	
<b>Wäscheaufbereitung &amp; Arbeitskleidung</b>	
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?

Wäscheaufbereitung intern  Ja  Nein

Wird Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gestellt?  Ja  Nein

Ist sie bei 60°C waschbar?  Ja  Nein

Wird Dienstkleidung getrennt von der Privatkleidung gelagert?  Ja  Nein

Ist das Thema Dienstkleidung per Dienstanweisung geregelt?  Ja  Nein

*Wenn ja, fügen Sie bitte die entsprechende Dienstanweisung dem Bogen bei.*

## Hygienemanagement

*Bitte übermitteln Sie den Hygieneplan, inklusive aller Reinigungs- und Desinfektionspläne.*

Gibt es einen Hygieneplan?  Ja  Nein

Letzte Überarbeitung am:

Wer erstellt und aktualisiert den Hygieneplan?

## Hygiene-Schulungen

Datum der letzten Schulung:

Thema:

Wer führt die Schulungen durch?:

<b>Maßnahmen bei besonderen Erregern</b>	
Es sind Standards vorhanden zum Thema...	
HBV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HCV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
HIV	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
MRE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>C. difficile</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Noroviren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Relevante Erkrankungen von Familienmitgliedern eines Patienten oder eines Mitarbeiters	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Möglichkeiten zur Separierung bei Infektionsdialyse sind vorhanden	<input type="checkbox"/> organisatorisch/ <input type="checkbox"/> räumlich/ <input type="checkbox"/> anders
CAVE: Auch für Patienten, die kolonisiert sind, sind besondere Maßnahmen erforderlich	<input type="checkbox"/> Nein
Es gibt ein Screening auf HBV, HCV und HIV	
• bei Neuaufnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• bei „Urlaubsdialysen“ aus Hochrisikogebieten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• regelmäßig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Turnus:	
• bei Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es findet ein Screening auf andere Erreger statt:	
<b>Patientenaufklärung</b>	
Wird der Patient über das Thema Hygiene aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Bitte fügen Sie, falls vorhanden, die Merkblätter dem Bogen bei.</i>	
<b>Dialysierflüssigkeit &amp; Dialysewasser</b>	
Mikrobiologische Überwachung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Turnus:	
Bemerkungen:	
<b>Sonstiges</b>	

Medizinprodukteüberwachung	
Überwachung durch die Bezirksregierung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum letzte Begehung:	
Raumaufteilung & Baumaßnahmen	
<i>Bitte übersende Sie aktuelle Grundrisspläne der Einrichtung, inkl. kurzer Erläuterung der einzelnen Räume (Untersuchungsräume, Dialyseräume, Wartebereich, Personal-Umkleide...etc.).</i>	
Gab es im vergangenen Jahr bauliche Veränderungen?	
Wenn ja, welche?	
<b>Für Rückfragen zum Selbstauskunftbogen:</b>	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
E-Mail:	
Stand der Angaben vom:	