

Checkliste zur Beurteilung einer ambulant-operativen Einrichtung

Einrichtung	<i>Name</i>		
	<i>Adresse</i>		
		Tel:	
		Fax:	
		Email:	
Einrichtung	<i>Name</i>		
	<i>Adresse</i>		
		Tel.:	
		Fax:	
		Email:	
Besichtigung	<i>Datum:</i>		
	<i>Teilnehmer</i>	Einrichtung:	
		Gesundheitsamt:	
		KV Nordrhein:	
		Bezirksregierung:	
	<i>Überprüfung</i>	<input type="checkbox"/> Erstüberprüfung <input type="checkbox"/> Folgeüberprüfung	
letzte Überprüfung durch:		<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt am: <input type="checkbox"/> KV Nordrhein am: <input type="checkbox"/> Bezirksregierung am	

A Allgemeine Angaben

Einrichtung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praxis (ambulantes Operieren) | <input type="checkbox"/> Praxisklinik (ambulantes Operieren, stat. Versorgung) |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes OP-Zentrum | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> _____ |

Fachrichtung:

- Anästhesie
- Augenheilkunde
- _____

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt bzw. Träger der Einrichtung:

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung:

Operative Eingriffe:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr:

Anzahl der OP-Tage/Jahr:

Narkoseverfahren:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr in:

- Lokalanästhesie:
- Vollnarkose:
 - Anzahl Anwendung volatiler Anästhesiemittel:
 - Anzahl Anwendung von i.v.-Anästhesiemittel:

Verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung für die Hygiene (optional mit Qualifikation):

Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin (nur informativ, optional):

zuletzt am: _____ durch: _____

Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft optional und meist relevant im Krankenhaus

ja nein

zuletzt am: _____ durch: _____

Beratung durch:

- Name/Anschrift/Tel./Fax:

Nach Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ des Robert Koch Institutes (RKI-Richtlinie, hier: Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3. „Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis“) an die in der Einrichtung angebotenen/durchgeführten operativen Eingriffe zu stellende räumlich-funktionelle Anforderungen ist der operative Bereich als:

- Eingriffseinheit
- OP-Einheit (Mindestanforderungen für operative Eingriffe mit erhöhten Anforderungen an die Keimarmut, für Ophthalmochirurgen intraokularer Eingriffe, z.B. Katarakte) einzustufen.

- Operatives Leistungsspektrum siehe Anlage 1
- Liste der Anästhesisten/innen siehe Anlage 2
- Liste der Operateure siehe Anlage 3
- Liste des nichtärztlichen Personals der Einrichtung mit Angabe der Qualifikation (z.B. Krankenschwester, -pfleger; Arzthelfer/in) siehe Anlage 4
- Liste der Verantwortlichen Ärzte für die Hygiene mit Angabe der Qualifikation (z. Z. Qualifikation zum hygienebeauftragten Arzt noch optional) siehe Anlage 5
- Liste der Mitarbeiter mit der Qualifikation Sterilgutassistenten (zur Erläuterung: Jeder Mitarbeiter, der Instrumente ab kritisch B aufbereitet, muss persönlich die Qualifikation als Sterilgutassistent vorweisen.) Anforderungsprofil noch in der Abstimmung siehe Anlage 6

B Strukturqualität

B.1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

Raumprogramm ggf. Bauzeichnung hinterlegen

B.1.1 Eingriffseinheit

- Eingriffsraum
- Personalumkleide,
- Patientenumkleide (optional),
- Waschplatz (im Eingriffsraum zulässig)
- separater Aufbereitungs- / Sterilisiererraum für Eingriffe nach §115 b, ansonsten Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Gebrauchsmaterial
- Sterilgutlager sep. Raum oder Schränke (optional)
- Bodeneinlass zulässig
- Ruhezone (optional),

B.1.2 OP-Einheit

- Personalumkleide, (Personalschleuse) direkter Zugang zum OP nur durch Personalumkleide
- Patientenumkleide, Patientenschleuse
- Waschplatz außerhalb des OP's
- OP-Räume
- separater Aufbereitungs- / Sterilisiererraum ggf. auch außerhalb des OP Bereiches,
- unreine Arbeitszone (Entsorgungszone)
- Geräteraum (optional)
- Sterilgutlager sep. Raum oder Schränke
- Ein- / Ausleiterraum (optional)
- Ruhezone, ggf. auch außerhalb des OP Bereiches,

B.2 Baulich-funktionelle Gestaltung

B.2.1 Patientenumkleide/Patientenübergabebereich:

- Raumfläche (funktionell ausreichend) ja nein
 Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein) ja nein

Wegeführung (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Aufwachraum) ja nein

- Unreine Seite

- Unterbringung von Patientenkleidung/ Straßenschuhen
- Abwurf OP-Schuhe/Einmalschuhe/Bereichskleidung (optional)
- ggf. Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)
- ggf. Patiententoilette
- ggf. Umkleidekabine für Patienten (ggf. Anzahl _____)

- Reine Seite

- ggf. Schränke, Regale für OP-Wäsche, Überschuhe
- Desinfektionsmittelspender, hygienische Händedesinfektion
- Stellplatz OP-Hauben,

Hinweis:

Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen für das Personal für die Patientenübergabe, Vorbereitung und Einschleusen in den OP Bereich muss vorliegen.

B.2.2 Patiententoilette

- innerhalb der OP-Einheit
- außerhalb der OP-Einheit

B.2.3 Personalumkleide / Personalschleuse (Sep. Raum)

- Raumfläche (funktionell ausreichend) ja nein
- Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein) ja nein

Wegeführung (organisierter Zu-/Abgang zu OP, Aufwachraum) ja nein

- Unreine Seite

- ausreichende Unterbringung von Kleidung/Schuhen
- Abwurf OP-Schuhe
- Abwurf Bereichskleidung unrein
- Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)
- ggf. Personaltoilette

- Reine Seite

- reinigungsfreundlich, desinfektionsfeste Schränke, Regale für OP-Wäsche
- Stellplatz/Rollcontainer/Regale für OP-Schuhe rein, Einmalschuhe
- Desinfektionsmittelspender
- Stellplatz/Rollcontainer /Regal OP-Hauben, Mundschutz

Hinweis:

Aushang mit Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisung für das Personal für die Personaleinschleusung, Vorbereitung

B.2.4 Personaltoilette

- innerhalb der OP-Einheit
 außerhalb der OP-Einheit

Handwaschbecken (mit Direktspendern für Flüssigseife u. Händedesinfektionsmittel (Einmalgebilde), Einmalhandtücher, Abwurf)

ja nein

B.2.5 OP-Raum / -räume

(Anzahl: _____)

Nutzfläche-/Arbeitsfläche ausreichend
(Lagerung von Geräten/Medizinprodukten)

ja nein

Liste der Geräten/Medizinprodukte:

• fahrbar

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

• fest installiert

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Hinweis:

Zu jedem Gerät sind die Geräteunterlagen mit Anschaffungsjahr, Gebrauchsanweisung, technische Prüfberichte, Herstellerangaben, Routineprüfungsplan, Wartungsprotokolle und Wartungsintervalle, technischer Notdienst, Ersatzteilliste, Ersteinweisung und Schulung des Personals, sowie der für diesen Bereich Verantwortliche zu hinterlegen (Hinterlegung auf CD wäre wünschenswert)

Ausstattung Hygiene gerechte Baubeschreibung

ja nein

1. Wände bis 2m Höhe abwaschbar, wisch- und scheuerdesinfizierbar und dekontaminierbar – Materialbeschreibung (z.B. epoxydharzverfugte Fliesen, geeignete Spezialfarben auf Glasfaser, spezielle Verputzungen)

ja nein

2. Fußbodenauskleidung (Flüssigkeitsdicht, abwaschbar, wisch- und scheuerdesinfizierbar und dekontaminierbar, geeignete Verfugung, leitfähig?, keine fest aufgebauten, nicht rollbare Schränke)

ja nein

3. Beschreibung weiterer Flächen:

- Fensterbänke (abwaschbar, scheuerdesinfizierbar)
- Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, scheuerdesinfizierbar)
- Sonstige Flächen (z.B. Oberflächen von Hängeschränken)

ja nein

ja nein

ja nein

4. Heizkörper müssen an allen Oberflächen zu reinigen und zu desinfizieren sein (Plattenheizkörper, keine Konvektoren,)

ja nein

5. fahrbare Wagen/Instrumentiertische (Anzahl, Funktion abwaschbar, scheuerdesinfizierbar)

ja nein

6. Anästhesieeinheit im OP (decken-, wandmontiert, mobil)

ja nein

- decken-,
- wandmontiert
- mobil

ja nein

ja nein

ja nein

7. Druckluft (ZGA/ Kompressor (mobil, Stand-by) ja nein
 8. Sonstiges ja nein

Beschreibung der Fensteranlage:

- Fest verschlossene Fenster bei RLT (Klimaanlage) ja nein
- Fensterlüftung mit Fliegengitter außen möglich ja nein
- Lüftungsintervall _____

Verdunkelungsanlage Beschreibung:

 innen

- Anzahl: _____
- Funktion ja nein
- leicht zu reinigen ja nein
- abwaschbar ja nein
- scheuerdesinfizierbar ja nein

 außen

- Anzahl: _____
- Funktion ja nein
- leicht zu reinigen ja nein
- abwaschbar ja nein

Abwurfssystem für unsterile Produkte/Abfall

- (rollbar) ja nein

Sterilgutlager im OP: **Beschreibung**

- Schränke, Hängeschränke/Wandschränke (normal schließend, flächendesinfizierbar) _____
- Lokalisation _____
- Regale (nur für den Tagesbedarf) _____
- Lokalisation _____
- Liste der gelagerten Materialien ja nein
- Dokumentation Prüfung des Sterilgutlagers ja nein

Beschreibung Türanlage zum OP:

- Material (wisch- und scheuerdesinfektionsfest, dekontaminierbar) _____
- Griffe _____
- Wand- und Bodenverankerung (wisch- und scheuerdesinfektionsfest, dekontaminierbar) _____
- Ggf. Automatik/Pneumatik (ggf. gegenseitige Verriegelung) _____

Verfahrensanweisung steriler Zugang zum OP für Instrumentierende und Operierende:

- ja nein

B.2.6 Präoperativer und postoperativer Bereich (fachspezifische ophthalmochirurgische und anästhesiologische Anforderungen)

Vorbereitungsraum oder -bereich

- Ggf. Einleit-/Ausleitfunktion ja nein
- Einzelkabine/Abtrennungsmöglichkeiten/Sichtschutz (optional) Patientenvorbereitung
 - Ausstattung:
 - OP-Liege (Achtung Organisation, ggf. Bettenaufbereitung beachten)
 - Auflage Einmaltuch Typ: ja nein
 - Kissen ja nein
 - Decke Achtung: Wäscheplan und VA Patientenvorbereitung, Patientenschutz ja nein
 - EKG-Monitor ja nein
 - Infusionssysteme ja nein
 - _____
- Überwachungsmöglichkeit (Beschreibung) ja nein
- Ggf. Intensivkabine ja nein
- Liege- und Sitzmöglichkeit (nicht im OP-Flur) ja nein
- Ggf. Patiententoilette integriert ja nein
- Medikamenten- und Sterilgutlager in Schränken ja nein
- Schreibplatz ja nein
- Beschreibung von fest installierten Arbeitsflächen (abwaschbar, scheuerdesinfizierbar) ja nein
- Ausstattung fachspezifische Patientenvorbereitung ja nein
- Postoperative Betreuung ja nein
- Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Patientenvorbereitung, ja nein

B.2.7 Notfallmanagement – Beschreibung der Lokalisation Notfallsausstattung

- Liste Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff an zentraler Stelle (siehe Anlage Checkliste zur Praxisbegehung §115b SGB V KVNo) ja nein
- Liste Instrumentarium zur Reanimation (siehe Anlage Checkliste zur Praxisbegehung §115b SGB V KVNo) ja nein
- Schockbehandlung ja nein
- EKG-Monitor ja nein
- Organisationsplan und VA Patientennotfall, Rufkennung, Telefon, Zuständigkeit ja nein
- Fortbildung Personal zu Notfällen ja nein
- Organisationsplan Personalnotfälle und Verletzung, Aushang Kurzform ja nein

B.2.8 Bereiche für hygienische Händedesinfektion

- Einrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung ja nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde), ja nein
 - Liste Desinfektionsmittel ja nein
 - Ggf. Einmalhandtücher / Abwurf ja nein
 - Lokalisation ja nein
 - Patientenvorbereitung ja nein
 - OP-Flur ja nein
 - Personalschleuse unreine / reine Seite ja nein

- Ggf. vor Personaltoilette ja nein
- Ggf. vor Patiententoilette ja nein
- In den Aufbereitungsräumen ja nein
- Im Putzraum ja nein
- _____ ja nein
- Arbeitsanweisung und Aushang hygienische Händedesinfektion ja nein
- Arbeitsanweisung zur Wartung, Reinigung der Händedesinfektionsmittelspender ja nein

B.2.9 Bereich für chirurgische Händedesinfektion

Waschplätze außerhalb des OP Anzahl _____

Waschplatz (Vorzone / Vorbereitungsraum) ja nein

Arbeitsanweisung und Aushang chirurgische Händedesinfektion ja nein

Arbeitsanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes ja nein

Wascheinrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung ja nein

- Funktionsgerechte Armatur Beschreibung _____ ja nein
- Flüssigseifendirektspender (Einmalgebinde)
Nennung des Präparates _____ ja nein
- Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde)
Nennung des Präparates : _____ ja nein
- Waschtisch ohne Überlauf, Abdeckung des Abflusses ja nein
- Einmalhandtücher, Einmalhandtuchspender ja nein
- Abwurf ja nein
- Anzahl Waschplätze _____ ja nein

Luftbeimischer/Perlatoren:

Häufigkeit der Wartung/Entkalkung/Wechsel der Luftbeimischer: _____

Lamellenstrahlregler ja nein

B.2.10 Sterilgutlagerraum (eigener)

Ausstattung:

- Schränke (Anzahl: _____) ja nein
- Regale (Anzahl: _____)
(Achtung erhöhte Anforderung an die Reinigung und die Lagerzeit) ja nein
- Kühlschrank 1
 - Standort: _____ ja nein
 - Lagerungstemperatur _____
(Dokumentation der Temperatur): ja nein
 - Wartungsdokumentation ja nein
 - Liste der Medizinprodukte ja nein
- Kühlschrank 2 (fakultativ)
 - Standort: _____ ja nein
 - Lagerungstemperatur _____
(Dokumentation der Temperatur): ja nein
 - Wartungsdokumentation ja nein
 - Liste der Medizinprodukte ja nein

- weitere Lagerbestände, z.B. im OP
 - Liste der gelagerten Produkte ja nein
- Medikamentenvorratslager
 - Liste der Medikamente, Sprechstundenbedarf ja nein
- Arbeitsanweisungen, Verfahrensanweisung Sterilgutlager ja nein

Sterilgutlagerung:

- offen
 geschlossen

Sterilgutlagerraum / reiner Bereich (nach Entnahme aus Sterilisator (Abkühlphase)) ja nein

Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen zur Lagerung mit Lagerzeiten ja nein

B.2.11 Sterilgutaufbereitungsraum -separat

Liste von Geräten/Medizinprodukten: ja nein

1. Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG)

(z.Zt. für den Augen-OP wegen mangelnder Herstellerangaben zu augenärztlichen Medizinprodukten zur maschinellen Aufbereitung noch nicht zwingend anwendbar)

Funktionsprinzip:

- thermisch (Anzahl: _____) ja nein
- chemisch (Anzahl: _____) ja nein
- chemo-thermisch (Anzahl: _____) ja nein

2. Sterilisationsgeräte

- Dampfdrucksterilisator (Anzahl: _____)
- Heißluftsterilisator (Anzahl: _____)
- Formaldehyd-Sterilisator (Anzahl: _____)
- Ethylenoxid-Sterilisator (Anzahl: _____)
- Plasma-Sterilisator (Anzahl: _____)
- Sonstige Geräte (Anzahl: _____)

Art:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

fest installiert

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Zu jedem Gerät sind die Geräteunterlagen mit Anschaffungsjahr, Gebrauchsanweisung, technische Prüfberichte, Herstellerangaben, Routineprüfungsplan, Wartungsprotokolle und Wartungsintervalle, technischer Notdienst, Ersatzteilliste, Ersteinweisung und Schulung des Personals, sowie der Verantwortliche für diesen Bereich zu hinterlegen (angestrebt wird die Hinterlegung über CD), siehe Checkliste Validierung des Sterilisationsverfahren

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ausstattung hygienegerecht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1. Möglichkeit zur hygienischen Händedesinfektion für die Funktion unreine / reine Seite | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Lokalisation der Schutzhandschuhe, Schürze, Schutzbrille, AA Bereichskleidung, spez. Schutzkleidung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wände (abwaschbar, wisch- und scheuerdesinfizierbar und dekontaminierbar) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Fußbodenauskleidung (abwaschbar, wisch- und scheuerdesinfizierbar und dekontaminierbar) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Arbeitsflächen (Anzahl: _____) | | |
| • Beschreibung nach funktioneller Trennung : | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| I. Anlieferungszone unreines Instrumentarium (unrein) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| II. Aufbereitungszone (Reinigung, Desinfektion und Trocknung) (unrein) | | |
| 1. Ausstattung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| III. Packzone (rein) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1. Ausstattung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| IV. Sterilisierzone (rein) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1. Ausstattung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Ggf. Handwaschbecken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Ausreichende Belüftung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. falls Fensterlüftung Fliegengitter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis: Heißluftsterilisation

Die Heißluftsterilisation sollte wegen Unzulänglichkeiten wie materialabhängiger Ausgleichszeiten und fehlender Möglichkeiten einer Verfahrensvalidierung durch die Dampfsterilisation ersetzt werden. (Anwendungen nur zur Sterilisation von Glaswaren im Labor- und/oder Apothekenbereich)

B.2.12 Entsorgungsbereich (z.B. im Putzraum)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Raumflächen (funktionell ausreichend) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Ausstattung (funktionsgerecht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • <u>Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Abfallentsorgung</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Beschreibung der Abfallwege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

B.2.13 Putzraum

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Raumflächen (funktionell ausreichend) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Ausstattung (funktionsgerecht) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Getrenntes Lager für Putzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Liste Lagerbestand Putzraum | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • <u>Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisungen Reinigung und Desinfektion</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Aushang Kurzform Reinigungs- und Desinfektionsplan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wasserzufluss | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Ausguss | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Desinfektionsdosiergerät | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • <u>Lagerliste Putzmittel, Desinfektionsmittel, Putzzubehör</u> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Ggf. Handwaschbecken (Standard siehe Waschplätze) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Putzwagen –Beschreibung Putzwagen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

B.2.14 Ggf. Geräteraum

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Raumflächen (funktionell ausreichend) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

- Liste der Geräte

 ja nein

B.2.15 Ggf. Vorratslager

Ausstattung:

- Schränke (Anzahl: _____)
- Regale (Anzahl: _____)
- Lagerbestandsliste

 ja nein

 ja nein

 ja nein

Technisch-apparative Ausstattung — falls vorhanden

B.2.16 Raumluftechnische Anlage (OP-/Eingriffseinheit)

Gründe der Notwendigkeit einer raumluftechnischen (RLT)-Ausstattung:

- Arbeitsphysiologie (z.B. Klimatisierung)
- Arbeitsschutz (z.B. Narkosegasabfuhr)
- Hygiene (z.B. Keimreduktion)

Luftführung:

- Verdrängungsprinzip
- Verdünnungsprinzip

DIN-Konformität (DIN 1946/4)

 ja nein

Abweichungen:

- Außenluftmenge
- Filterung
- Befeuchtung
- Kühlung
- Schutzdruckhaltung / Strömungsrichtung

Aus hygienischer Sicht tolerabel

 ja nein

Versorgung angrenzender Räume:

- Überströmprinzip
- Zuluft-Versorgung (eigene)

 ja nein

 ja nein

 ja nein

B.2.17 Betrieb der RLT-Anlage nach DIN

Anlagenstillstand außerhalb OP-Betriebszeit

 ja nein

reduzierter Zuluftvolumenstrom außerhalb OP-Betriebszeit

 ja nein

B.2.18 Regelmäßige Überprüfung

- Parameter: Keimzahl
- Partikelzahl
- Luftströmung

 ja nein

 ja nein

 ja nein

- Kontrollen/Wartung:

jährlich

anderes Intervall: _____

nach Wechsel der letzten Filterstufe

 ja nein

nach Reparaturen

 ja nein

B.3 Sicherheit

B.3.1 Notstromeinrichtung

Kapazität ausreichend für die Zeit bis zum Ende jedes Eingriffs
bzw. jeder Operation
an Notstrom angeschlossen: _____

ja nein
 ja nein
 ja nein

B.3.2 Rettungswege

Einrichtung ist für Feuerwehr / Rettungsdienst zur Übernahme von
Patienten leicht zugänglich
Fluchtwege in der Einrichtung gekennzeichnet

ja nein
 ja nein

B.3.3 Druckgasflaschen (z.B. Sauerstoff)

Gegen Umstürzen gesichert
Warnhinweis auf Türen vor Räumen, in denen Druckgasflaschen
gelagert werden (Unfallverhütungsvorschrift BGV A 8) _____

ja nein
 ja nein
 ja nein

B.3.4 Feuerlöscher

Anzahl _____
Ort der Anbringung _____

- Eingewiesene Personen (Anzahl _____)
- Wartungsprotokolle

ja nein
 ja nein

C Prozessqualität

(betrieblich-organisatorische bzw. personelle Hygienemaßnahmen)

C.1 Aufbereitung von Medizinprodukten

(MPBetreibV, RKI-Richtlinie (Anlage zu Ziff. 7 und E 4a))

Protokoll der Bezirksregierung vom _____ liegt vor
Ergebnis: _____

ja nein

C.1.1 Verantwortung/Qualifikation/Verfahrensanweisung

Siehe Risikoanalyse / Risikobewertung usw.

Regelung und schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten
und praktischen Durchführung aller Aufbereitungsschritte

ja nein

Sicherstellung der Qualifikation der / des für die Aufbereitung
Zuständigen / Verantwortlichen aufgrund spezieller Fortbildung
(z.B. Ausbildungsrichtlinie der DG f. Sterilgutversorgung)

ja nein

Risikoanalyse, Risikobewertung und -einstufung von Medizinprodukten
vor Aufbereitung

ja nein

in schriftlicher Form vorliegend / eingesehen

ja nein

den Empfehlungen der RKI-Richtlinie entsprechend

ja nein

Anwendung geeigneter Verfahren bei Aufbereitung von Medizinprodukten
zur Dekontamination/Inaktivierung infektiöser Proteine entsprechend der
CvJK-Empfehlung RKI (Risikogewebe: ZNS, Auge, lymphatisches Gewebe)

ja nein

Vorliegen von Herstellerangaben zur Aufbereitung vom Medizinprodukten einschließlich Validierungsprotokolle

ja nein

C.1.2 Reinigung/Desinfektion von Instrumenten/Anästhesiezubehör

Eigene Aufbereitung

Externe Aufbereitung

Externer Betrieb (Name / Anschrift / Tel. / Fax.):

- zertifiziert ja nein
- Zertifikat eingesehen ja nein

Bei eigener Aufbereitung:

Aufbereitung automatisch (RDG) ja nein

- normkonformes RDG (nach DIN prEN ISO 15883) ja nein
- validiert ja nein

Aufbereitung manuell ja nein

- nur Voreinigung ja nein
- Komplettreinigung / Desinfektion ja nein

Bei automatischer Reinigung / Desinfektion

- Verfahrensanweisung zu den Desinfektionsprogrammen für definierte Beladung ja nein
 - Vorliegen validierter Herstellerangaben für maschinelle Reinigung ja nein
 - Wartungsprotokolle der Automaten ja nein
 - Wirksamkeitskontrollen ja nein
 - RDG –Inprozesskontrollen ja nein
 - Prüfung mit Thermologger ja nein
 - o Intervalle:
 - ½ jährlich
 - jährlich
 - sonst. Intervall _____
 - Prüfung mit Bioindikatoren nach RKI ja nein
 - o Intervalle:
 - ½ jährlich
 - jährlich
 - sonst. Intervall _____
 - Prüfprotokolle vorhanden ja nein
 - eingesehen ja nein
 - Prüfstelle Privatlabor ja nein
 - Hygieneinstitut (öffentl.) ja nein
- Name/Anschrift/Tel./Fax:

Bei manueller Reinigung / Desinfektion

- Reinigungsmittel
 - PH-neutral
 - alkalisch

- Desinfektionsmittel
 - DGHM-gelistet
 - RKI-gelistet
 - sonstige _____

- Aufbereitungsschritte in Hygiene- / Desinfektionsplänen festgelegt ja nein
 - Festlegungen jederzeit zugänglich ja nein

- Ultraschallgerät ja nein
 - Verfahrensanweisung ja nein
 - Dosieranweisung ja nein
 - Wartungsintervalle, Reinigungsplan ja nein

C.1.3 Sterilisation von Medizinprodukten

- Eigene Aufbereitung ja nein
- Externe Aufbereitung ja nein
- Externer Betrieb: (Name/Anschrift/Tel./Fax:)
 - _____
 - _____
 - _____

- zertifiziert ja nein
- Zertifikat eingesehen ja nein

Bei eigener Aufbereitung:**Dampfsterilisation** (DIN 58946-6; DIN EN 285; DIN EN 554; DIN EN 13060)

- Siehe Checkliste Validiertes Sterilisationsverfahren ja nein
- Sterilisationsprozesse/Validierung ja nein
 - Sterilisationsprozesse/Kontrolle ja nein
 - Chargendokumentation (Druck, Temperatur, Zeit) ja nein
 - Charge rückverfolgbar aus Patientenakte ja nein
 - Verwendung von Chemioindikatoren ja nein

Vakuumtest und Dampfdurchdringungstest vor

- Sterilisationsbeginn (Bowie-Dick-Test) ja nein
- Periodische Kontrolle / Bioindikatoren (DIN EN 866-3) ja nein
 - Intervall: $\frac{1}{2}$ jährlich ja nein
 - anderes Intervall: _____
- Prüfprotokolle eingesehen ja nein
- Prüfstelle: Privatlabor ja nein
 - Hygieneinstitut (öffentl.) (Name/Anschrift/Tel./Fax)) ja nein
 - _____
 - _____
 - _____

Hinweis: Heißluftsterilisation

Die Heißluftsterilisation sollte wegen Unzulänglichkeiten wie materialabhängiger Ausgleichzeiten und fehlender Möglichkeiten einer Verfahrensvalidierung durch die Dampfsterilisation ersetzt werden.
(Anwendungen nur zur Sterilisation von Glaswaren im Labor- und/oder Apothekenbereich)

Alternative Sterilisationsverfahren (EO: DIN EN 550;

DIN 58948 Teil 15,16; DIN EN 45000; DIN EN ISO 9000; TRGS 513)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Ethylenoxid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Formaldehyd | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Sterilisationsprozesse / Validierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Periodische Kontrolle/Bioindikatoren (DIN EN 866-2; DIN EN 866 T5) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Intervall: $\frac{1}{2}$ jährlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| anderes Intervall: _____ | | |
| Prüfprotokolle eingesehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Prüfstelle: Privatlabor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hygieneinstitut (öffentl.) (Name/Anschrift/Tel./Fax:)) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Verfahrensanweisung zu Umgang mit Einwegmaterialien

 ja nein**C.2 Organisationsform der Aufbewahrung von Medizinprodukten****C.2.1 Sterilgutlagerung**

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - offen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - geschlossen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Sterilgutlagerraum / reiner Bereich (nach Entnahme aus Sterilisator (Abkühlphase)) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

C.2.2 Sterilgutkennzeichnung nach DIN

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Kennzeichnung der Sterilgutsets (Angabe Sterilisationsdatum/Lagerdauer) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Verfahrensanweisung zu Kontrolle der Ablaufdaten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

C.2.3 OP-Bereichskleidung/Lagerung

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Einmalartikel: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Aufbereitete Artikel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - offen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - geschlossen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - abgepackte Einheiten (Folie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

C.3 Laufende Wischdesinfektionsmaßnahmen**C.3.1 Hygieneplan/Desinfektionspläne**

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Hygieneplan für die gesamte Einrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Jederzeitiger Zugriff für Personal möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Erstellung durch _____ | | |

- letzte Aktualisierung(en) am _____ ja nein
- Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans ja nein
- Einweisung durch _____

C.3.2 Desinfektionspläne

- An sichtbaren Stellen ausgehängt ja nein
- Erstellung durch _____
- letzte Aktualisierung(en) am _____
- Einweisung des Personals bzgl. Anwendung der Desinfektionspläne ja nein
- Einweisung durch _____
- Übereinstimmung der angeführten Desinfektionsmittel und –verfahren ja nein
- mit den tatsächlich verwendeten
- Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI bei Erstellung/Aktualisierung ja nein

C.3.3 Desinfektionsmittel

Vorhaltung von Desinfektionsmittel für:

- Hände ja nein
- Haut ja nein
- Instrumente ja nein
- Flächen ja nein

Auswahl nach / von

- DGHM – Liste ja nein
- RKI – Liste ja nein
- nicht gelistete Produkte ja nein

Dosierung:

Verfahrensanweisung zur Dosierung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben

ja nein

Automatische Dosierung der Desinfektionsmittel

ja nein

- Dezentrale Einzeldosiergeräte ja nein
- Zentrale Dosiergeräte ja nein
- Gerätekontrolle (Dosierung / techn. Funktionstüchtigkeit) ja nein
- Prüfprotokolle eingesehen ja nein
- Prüfstelle: Privatlabor ja nein
- Hygieneinstitut (öffentl.) (Name/Anschrift/Tel./Fax:)) ja nein

Manuelle Dosierung der Desinfektionsmittel

ja nein

- Dosierhilfen (Beutel, Dosierpumpe) ja nein

C.3.4 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

Risikoanalyse

ja nein

C.3.4.1 OP-Einheit:

- Wischdesinfektion (kleinflächige) hygienerrelevanter Flächen im OP ja nein
- nach jedem operativen Eingriff ja nein
- in unregelmäßigen Abständen ja nein
- am Ende des OP-Betriebes ja nein
- Alternativ: Einmalaufgaben, Einmalartikel bei Patientenkontakt ja nein

C.3.4.2 Flächen-/Fußbodendesinfektion

- Regelmäßige/Anlassbezogene Fußbodendesinfektion ja nein
 - Methode: Ein-Eimer-System ja nein
 - Zwei-Eimer-System ja nein
 - Wechselbezugverfahren ja nein
 - anderes System _____
 - Aufbereitung von Wechselbezügen / Wischtüchern ja nein
 - Methode thermische / chemothermische Desinfektion ja nein
 - mit Trocknung ja nein
 - ohne Trocknung ja nein
 - Kontrolle des Desinfektionserfolges (z.B. Abdruckuntersuchungen)? ja nein
 - Prüfprotokolle vorhanden ja nein
 - Prüfprotokolle eingesehen ja nein
 - Hygieneinstitut (öffentl.) ja nein
 - Prüfstelle: Privatlabor (Name/Anschrift/Tel./Fax:) ja nein
- _____
- _____
- _____

C.4 Aufbereitung von Wäsche (Medizinprodukte)**Wäscheartikel:**

- Verwendung von Einwegartikeln ja nein
 - OP-Mäntel ja nein
 - OP-Abdecktücher ja nein
 - sonstiges _____
- Verwendung von Mehrwegartikeln ja nein
 - OP-Mäntel ja nein
 - OP-Abdecktücher ja nein
 - sonstiges _____
- eigene Aufbereitung ja nein
 - Verfahren: _____
- Fremdvergabe ja nein
 - Name/Anschrift/Tel./Fax: _____
 - _____
 - _____
- Zertifikat liegt vor ja nein

C.5 Kontrolle der Medizinprodukte

- Bestandsliste der Medizinprodukte vorhanden ja nein
- Medizinproduktebücher vorhanden ja nein
- Kontrolle / Wartung der Medizinprodukte nach Herstellervorgaben bzw. nach Medizinprodukte-Betreiberverordnung (z.B. medizin-technische Geräte) ja nein
- Durchsicht der Medizinprodukte auf Haltbarkeitsdaten (z.B. Spritzen, Kanülen, Nahtmaterial, Spüllösungen) ja nein
- durch _____

C.6 Abfallplan

- Abfallentsorgung gemäß Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) über die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (Stand 2003) ja nein
- **AS 18 01 01:** Entsorgung **spitzer oder scharfer Gegenstände** in stich-, bruchfesten und fest verschlossenen Einwegbehältnissen ja nein
- **AS 18 01 02:** Entsorgung von **Körperteilen, Blutbeutel, Blutkonserven** in geeigneten, sicher verschlossenen Behältnissen ja nein
Entleerung unter Beachtung hygienischer / infektiöser präventiver Erfordernisse (entsprechende Ausgussvorrichtungen) ja nein
Gekühlte Lagerung bei länger dauernder Aufbewahrung ja nein
Temperatur: _____ °C Lagerungsdauer: _____
- Verwendung von flüssigkeitsdichten und reißfesten Entsorgungsbehältern für die Abfälle der Einrichtung (Säcke, Tonnen) ja nein
- Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp _____
- Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

C.7 Personal-, Hygienesdisziplin

C.7.1 Handhabung des Mund-Nasen-Schutzes

- Mund- / Nasenschutz – Tragepflicht in der gesamten OP-Einheit ja nein
- Mund-/Nasenschutz – Tragepflicht nur in den OP-Räumen ja nein
- Erneuerung des Mund-Nasen-Schutzes nach jeder Abnahme ja nein
- Hygienegerechtes Tragen des Mund-/Nasenschutzes ja nein

C.7.2 Händedesinfektion

- vor Entnahme sauberer Bereichskleidung / des Mund-/Nasenschutzes ja nein
- beim Umgang mit Sterilgut, Einwegartikeln, Injektionen, Infusionen ja nein
- vor und nach Manipulation am Patienten ja nein
- nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten ja nein

C.7.3 Haarschutz

- Tragen eines geeigneten Haarschutzes (vollständige Abdeckung der Haare, z.B. Astronauten-Haube) ja nein

C.7.4 Schriftliche Anleitungen zu betrieblich-organisatorischen bzw. personellen Hygienemaßnahmen

- Einschleusen des Personals ja nein
- Präoperative Patientenvorbereitung bzw. Haut / Schleimhautdesinfektion ja nein
- Chirurgische Händedesinfektion ja nein
- Aufbereitung des OP's zwischen 2 Operationen ja nein
- Sichtbarer Aushang an entsprechenden Stellen/jederzeit zugänglich ja nein

D Personal- und Patientenschutz

Personalschutz (→§§ 5 und 6 ArbSchG, § 15 BioStoffV)

- Gefährdungsbeurteilung mit Feststellung, welche Beschäftigten Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (z.B. HBV; HCV; HIV; Tbc) ausüben, vorliegend ja nein
- Arbeitsmedizinische Untersuchung aller Beschäftigten, die einer Infektionsgefährdung nach §15 i.V.m. Anhang IV BioStoffV ausgesetzt sind, durchgeführt ja nein
- Vorsorgeuntersuchung aller Beschäftigten bereits vor Aufnahme deren Tätigkeit sichergestellt ja nein
- Angebot der Schutzimpfung für Beschäftigte ja nein
- Werden Beschäftigte ohne ausreichenden Impfschutz eingesetzt? ja nein
- Hautschutzplan ja nein
- Arbeitsmedizinische Betreuung durch: (Name/Anschrift/Tel./Fax:)

E Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen

- Durchführung von Operationen bei Patienten mit Risikopunkten: (Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.) ja nein
- ASA Score >3 (=schwere systemische Krankheit, dekompensierte systemische Krankheit oder moribund), ja nein
- Wundkontaminationsklasse kontaminiert oder septisch; ja nein
- OP-Dauer >75% der Operationen gleicher Art ja nein
- Limit für Durchführung operativer Eingriffe bei Risikopunkt:
 - 1 ja nein
 - 2 ja nein
 - 3 ja nein

- Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen ja nein
- Art:
 - Katarakt ja nein
 - ppV ja nein
 - Glaukom) ja nein
 - Lidchirurgie ja nein
 - andere: _____
- Methode / Erfassung:
 - AMBU-KISS ja nein
 - andere: _____
- Erfassender / Bewertender:
 - Operateur ja nein
 - Hygienefachkraft (extern) ja nein
 - andere: _____
- Maßnahmen zur Sicherstellung des Informationsflusses post-op. an den Operateur zu Komplikationen und Infektionen, einschließlich 24-Stunden-Erreichbarkeit ja nein
- Maßnahmen zur Ursachenermittlung und Ablaufoptimierung ja nein
- Meldung eines gehäuftes Auftretens von nosokomialen Infektionen an das Gesundheitsamt ja nein
- Datum: _____

F Sicherheit

- **Notstromeinrichtung** ja nein
- Kapazität ausreichend für die Zeit bis zum Ende jedes Eingriffs bzw. jeder Operation ja nein
- an Notstrom angeschlossen: _____
- Beschreibung:
 - Geräte mit integrierter Notstromversorgung:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
- Dokumentation der Überprüfung ja nein

F.1 Rettungswege

- Einrichtung ist für Feuerwehr / Rettungsdienst zur Übernahme von Patienten leicht zugänglich ja nein
- Fluchtwege in der Einrichtung gekennzeichnet ja nein

F.2 Druckgasflaschen (z.B. Sauerstoff)

- Gegen Umstürzen gesichert ja nein
- Warnhinweis auf Türen vor Räumen, in denen Druckgasflaschen gelagert werden (Unfallverhütungsvorschrift BGV A 8) ja nein

F.3 Feuerlöscher

- Feuerlöscher gewartet ja nein

F.4 Arzneimittel-Sicherheit

- Regelmäßige Überprüfung der Haltbarkeitsdaten ja nein
 - durch _____
- Kennzeichnung der Gebinde zur Mehrfachentnahme mit dem Anbruchdatum (z.B. Durchstichflaschen, Tropfenflaschen, Tuben) ja nein

G Qualitätsmanagementsystem

G.1 Allgemeine Anforderungen

- Identifikation und Anwendung von QM-Prozessen ja nein
- Festlegung von Prozessfolge und –wechselwirkung ja nein
- Bewertung der Wirksamkeit und Lenkung der Prozesse ja nein
- Verfügbarkeit der Mittel zur Prozessunterstützung und –bewertung ja nein
- Messung, Überwachung und Analyse der Prozesse ja nein
- Zielverfolgung und ständige Verbesserung bei den Prozessen ja nein

G.2 Dokumentationsanforderung

G.2.1 Allgemein

- Hygiene-Rahmenplan bzw. QM-Handbuch ja nein
- Dokumentierte Verfahren nach DIN EN ISO 9001 ja nein
- Lenkung von Dokumenten ja nein
- Lenkung von Aufzeichnungen ja nein
- Internes Audit ja nein
- Lenkung von Fehlern, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen ja nein

G.2.2 QM-Handbuch

- Geltungsbereich ja nein
- Beschreibung der Verfahren oder Verweise darauf ja nein

G.2.3 Lenkung der Dokumente

- Überprüfung der Angemessenheit vor Ausgabe ja nein
- Überprüfung, Aktualisierung und Widerfreigabe ja nein
- Identifikation von Revisionsstand und Änderungen ja nein
- Relevante Dokumente vor Ort zugänglich ja nein
- Sicherstellung der Lesbarkeit und Identifikation ja nein
- Identifizierung und kontrollierte Verteilung von externen Dokumenten ja nein

G.2.4 Unabsichtlicher Gebrauch und Kennzeichnung von ungültigen Dokumenten

- Lenkung von Aufzeichnungen ja nein

G.3 Verantwortung der Leitung

G.3.1 Planung

- Qualitätsziele ja nein

- Planung des Qualitätsmanagementsystems zur Erreichung der Q-Ziele und Anforderungen aus G.1.1. ja nein
- Änderungen im QM-Systems ja nein

G.3.2 Verantwortung, Befugnis und Kommunikation

- Verantwortung und Befugnis ja nein
 - Beauftragter der obersten Leitung-QM bzw. Hygienebeauftragte ja nein
 - Interne Kommunikation (z.B. wie werden Teambesprechungen organisiert) ja nein
-

G.3.3 Managementbewertung

- Planung und Durchführung ja nein
- Eingaben für Bewertung:
 - Auditergebnisse ja nein
 - Ggf. Kundenrückmeldungen (optional) ja nein
 - Prozessleistung und Produktkonformität ja nein
 - Vorbeuge- / Korrekturmaßnahmen ja nein
 - Frühere Bewertungen ja nein
 - Veränderungen ja nein
 - Empfehlungen für Verbesserungen ja nein
- Ergebnisse d. Bewertung:
 - Verbesserung des QM-Systems und der Prozesse ja nein
 - Produktverbesserungen ja nein
 - Bedarf an Ressourcen ja nein

G.4 Management der Ressourcen

- ### G.4.1 Bereitstellung von Ressourcen ja nein

G.4.2 Personelle Ressourcen

- Allgemein Eignung des Personals ja nein

G.4.3 Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung

- Ermittlung des notwendigen Fähigkeiten ja nein
- Schulungsangebot ja nein
- Beurteilung der Wirksamkeit ja nein
- Bewusstsein der Mitarbeiter ja nein
- Schulungsaufzeichnungen ja nein

G.4.4 Infrastruktur

- Gebäude, Arbeitsort u. Einrichtungen ja nein
- Ausrüstung, Hard-/Software ja nein
- Unterstützende Dienstleistungen ja nein

- ### G.4.5 Arbeitsumgebung ja nein

G.5 Produktrealisierung

G.5.1 Planung der Produktrealisierung

- QM-Ziele, Produkthanforderungen ja nein
- Bedarf an Prozessen, Dokumenten und Ressourcen ja nein
- Kriterien für Verifizierung, Validierung ja nein
- Aufzeichnungen ja nein

G.5.2 Kundenbezogene Prozesse

G.5.2.1 Ermittlung der Anforderungen in Bezug auf das Produkt

- Anforderungen zum Produkt ja nein
- Anforderungen zum Gebrauch ja nein
- Gesetzliche und behördliche Anforderungen ja nein
- Zusätzliche Anforderungen ja nein

G.5.2.2 Bewertung der Anforderungen in Bezug auf das Produkt

- Festlegung der Anforderungen ja nein
- Beseitigung von Unterschieden zum Vertrag ja nein
- Fähigkeit zur Erfüllung von Anforderungen ja nein
- Aufzeichnungen zur Bewertung ja nein
- Änderung von Anforderungen ja nein

G.5.2.3 Ggf. Kommunikation mit Kunden (optional)

- Produktinformation ja nein
- Anfragen, Verträge, Änderungen ja nein
- Kundenreaktionen ja nein

G.5.3 Ggf. Entwicklung (optional)

G.5.3.1 Entwicklungsplanung

- Festlegung der Entwicklungsphasen ja nein
- Maßnahmen zur Bewertung, Verifizierung und Validierung ja nein
- Verantwortung und Befugnisse ja nein
- Festlegung d. Schnittstellen ja nein
- Aktualisierung der Entwicklungsergebnisse ja nein

G.5.3.2 Entwicklungseingaben

- Funktions- u. Leistungsanforderungen ja nein
- Gesetzliche und behördliche Anforderungen ja nein
- Information aus Entwicklungserfahrungen ja nein
- Andere Anforderungen ja nein

G.5.3.3 Entwicklungsergebnisse

- Erfüllung der Entwicklungsvorgaben ja nein
- Bereitstellung von Infos für Produktion und Dienstleistung ja nein

- Produktannahmekriterien ja nein
- Produktmerkmale ja nein

G.5.3.4 Entwicklungsbewertung

- Fähigkeit zur Erfüllung Anforderungen ja nein
- Problemerkennung und Folgemaßnahmen ja nein

G.5.3.5 Entwicklungsverifizierung

ja nein

G.5.3.6 Entwicklungsvalidierung

ja nein

G.5.3.7 Lenkung von Entwicklungsänderungen

ja nein

G.5.4 Beschaffung

G.5.4.1 Beschaffungsprozess

- Allgemeine Angaben zum Prozess ja nein
- Lieferantenauswahl und –bewertung ja nein

G.5.4.2 Beschaffungsangaben

- Anforderungen an Produkt, Verfahren, Prozess, Ausrüstung ja nein
- Anforderungen an die Personalqualifikation ja nein
- Anforderungen an das QM-System ja nein

G.5.4.3 Verifizierung von beschafften Produkten

ja nein

G.5.5 Produktion und Dienstleistungserbringung

G.5.5.1 Lenkung der Produktion und der Dienstleistungserbringung

- Angaben zu Produktmerkmalen ja nein
- Arbeitsanweisungen ja nein
- Gebrauch geeigneter Ausrüstung ja nein
- Prüfmittel ja nein
- Überwachung und Messung ja nein
- Freigabe und Lieferungen ja nein
- Tätigkeiten nach Lieferung ja nein

G.5.5.2 Validierung der Prozesse zur Produktion und Dienstleistungserbringung

- Genehmigung von Prozessen ja nein
- Genehmigung von Ausrüstung und Personal ja nein
- Methoden und Verfahren ja nein
- Aufzeichnungen ja nein
- Erneute Validierung ja nein

G.5.5.3 Kennzeichnung und Rückverfolgbarkeit

ja nein

G.5.5.4 **Eigentum des Kunden** ja nein

G.5.5.5 **Produkterhaltung (z.B. Erhaltung der Sterilität)** ja nein

G.5.6 Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln

- Kalibrierung anhand von Messnormalen ja nein
- Justieren oder Nachjustieren ja nein
- Kennzeichnung des Kalibrierstatus ja nein
- Schutz vor Verstellung ja nein
- Schutz vor Beschädigung ja nein
- Dokumentation der Kalibrierung ja nein
- Maßnahmen bei fehlerhaftem Messmittel ja nein

G.6 Messung, Analyse und Verbesserung

G.6.1 **Allgemeines** ja nein

G.6.2 Messung und Überwachung

G.6.2.1 **Ggf. Kundenzufriedenheit(optional)** ja nein

G.6.2.2 Internes Audit

- Berücksichtigung der DIN EN ISO 9001:2000 ja nein
- Auditplanung ja nein
- Auditorenauswahl, Unparteilichkeit ja nein
- Berichterstattung, Maßnahmen und Verifizierung ja nein

G.6.2.3 **Überwachung und Messung von Prozessen** ja nein

G.6.2.4 **Überwachung und Messung des Produktes** ja nein

G.6.3 Lenkung fehlerhafter Produkte

- Maßnahmen zur Fehlerbeseitigung ja nein
- Sonderfreigabe ja nein
- Ausschluss der ursprünglichen Anwendung ja nein

G.6.4 Datenanalyse

- Kundenzufriedenheit ja nein
- Erfüllung von Produkthanforderungen ja nein
- Prozess- und Produkthanforderungen ja nein
- Lieferanten ja nein

G.6.5 Verbesserung

- G.6.5.1 **Ständige Verbesserung** ja nein
- G.6.5.2 **Korrekturmaßnahmen** ja nein
- G.6.5.3 **Vorbeugungsmaßnahmen** ja nein
- G.6.5.4 **Sonstiges** ja nein

H Instrumentarium zur Reanimation und Schockbehandlung

Die erforderliche Ausstattung ist abhängig von den eingesetzten Operations- und Anästhesieverfahren. Bei Durchführung von Anästhesieverfahren durch den Operateur nach den EBM-Ziffern 461/462 gelten die Voraussetzungen der Präambel des Kapitels D. Diese entsprechen der erweiterten Ausstattung.

Bei Hinzuziehung eines Anästhesisten sind die Punkte unter „H.1.1“ 16/17/18 durch die Ausstattung des Anästhesiarbeitsplatzes erfüllt.

H.1 Basisausstattung

1. Blutdruckmanschette, Staubbinde ja nein
2. Infusionsständer ja nein
3. Infusionsbesteck ja nein
4. Venenverweilkanülen ja nein
5. Einmalspritzen, Einmalkanülen, Alkoholtupfer oder Desinfektionsspray ja nein
6. Beatmungsbeutel (z.B. Ambu), PEEP-Ventil ja nein
7. Sauerstoffversorgung zu Nr. 6 / Möglichkeit, mit 100% O₂ zu beatmen ja nein
8. Laryngoskop mit Reservebatterie ja nein
9. Beatmungsmasken ja nein
10. Guedel-Tuben ja nein
11. Endotracheal-Tuben ja nein
12. Magillzange ja nein
13. Absauggerät (ggf. Anschluss an OP-Sauger) ja nein
14. Absaugkatheter ja nein
15. Einmalhandschuhe ja nein

H.1.1 Erweiterte Ausstattung bei Einsatz von Anästhesieverfahren nach 461/462

16. EKG-Monitor, EKG-Elektroden ja nein
17. Pulsoximeter ja nein
18. Defibrillator ja nein

H.2 Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

H.2.1 Infusionslösungen

- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Elektrolytlösung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Glukoselösung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Volumenersatzmittel | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

H.2.2 Notfallmedikamente

- | | | | |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Suprarenin | (5 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Akrinor | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Xylocain 2% | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Atropin | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| e) Isoptin | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| f) Lopresor | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| g) Teophyllin | (2 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| h) SoluDecortin | 1000mg (1 A) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| i) SoluDecortin | 250mg (1 A) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| j) SoluDecortin | 50mg (1 A) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| k) Dormicum5mg | (5 Ampullen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| l) Nitrolingual Spray | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| m) Nifedipin-Kapseln 10mg | (10 Stück) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anlage 1 Operatives Spektrum der Praxis bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	1049	<input type="checkbox"/>	1353	<input type="checkbox"/>	1522	<input type="checkbox"/>	1796	<input type="checkbox"/>	2211	<input type="checkbox"/>	2366	<input type="checkbox"/>	2471	<input type="checkbox"/>	2817	<input type="checkbox"/>	3035	<input type="checkbox"/>	5140
<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	1049	<input type="checkbox"/>	1355	<input type="checkbox"/>	1522	<input type="checkbox"/>	1800	<input type="checkbox"/>	2212	<input type="checkbox"/>	2370	<input type="checkbox"/>	2475	<input type="checkbox"/>	2821	<input type="checkbox"/>	3038	<input type="checkbox"/>	5142
<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>	1060	<input type="checkbox"/>	1356	<input type="checkbox"/>	1525	<input type="checkbox"/>	1800	<input type="checkbox"/>	2212	<input type="checkbox"/>	2371	<input type="checkbox"/>	2480	<input type="checkbox"/>	2825	<input type="checkbox"/>	3040	<input type="checkbox"/>	5145
<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>	1084	<input type="checkbox"/>	1357	<input type="checkbox"/>	1525	<input type="checkbox"/>	1801	<input type="checkbox"/>	2213	<input type="checkbox"/>	2371	<input type="checkbox"/>	2481	<input type="checkbox"/>	2825	<input type="checkbox"/>	3042		
<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>	1085	<input type="checkbox"/>	1358	<input type="checkbox"/>	1543	<input type="checkbox"/>	1801	<input type="checkbox"/>	2220	<input type="checkbox"/>	2375	<input type="checkbox"/>	2482	<input type="checkbox"/>	2826	<input type="checkbox"/>	3045		
<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>	1086	<input type="checkbox"/>	1359	<input type="checkbox"/>	1545	<input type="checkbox"/>	1802	<input type="checkbox"/>	2222	<input type="checkbox"/>	2376	<input type="checkbox"/>	2482	<input type="checkbox"/>	2826	<input type="checkbox"/>	3046		
<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	1104	<input type="checkbox"/>	1361	<input type="checkbox"/>	1548	<input type="checkbox"/>	1802	<input type="checkbox"/>	2227	<input type="checkbox"/>	2381	<input type="checkbox"/>	2485	<input type="checkbox"/>	2827	<input type="checkbox"/>	3047		
<input type="checkbox"/>	87	<input type="checkbox"/>	1111	<input type="checkbox"/>	1364	<input type="checkbox"/>	1549	<input type="checkbox"/>	1803	<input type="checkbox"/>	2230	<input type="checkbox"/>	2382	<input type="checkbox"/>	2490	<input type="checkbox"/>	2827	<input type="checkbox"/>	3047		
<input type="checkbox"/>	90	<input type="checkbox"/>	1125	<input type="checkbox"/>	1365	<input type="checkbox"/>	1555	<input type="checkbox"/>	1803	<input type="checkbox"/>	2231	<input type="checkbox"/>	2391	<input type="checkbox"/>	2497	<input type="checkbox"/>	2842	<input type="checkbox"/>	3050		
<input type="checkbox"/>	110	<input type="checkbox"/>	1125	<input type="checkbox"/>	1366	<input type="checkbox"/>	1556	<input type="checkbox"/>	1815	<input type="checkbox"/>	2235	<input type="checkbox"/>	2391	<input type="checkbox"/>	2497	<input type="checkbox"/>	2850	<input type="checkbox"/>	3051		
<input type="checkbox"/>	111	<input type="checkbox"/>	1126	<input type="checkbox"/>	1370	<input type="checkbox"/>	1557	<input type="checkbox"/>	1815	<input type="checkbox"/>	2236	<input type="checkbox"/>	2392	<input type="checkbox"/>	2600	<input type="checkbox"/>	2851	<input type="checkbox"/>	3051		
<input type="checkbox"/>	112	<input type="checkbox"/>	1126	<input type="checkbox"/>	1371	<input type="checkbox"/>	1565	<input type="checkbox"/>	1820	<input type="checkbox"/>	2240	<input type="checkbox"/>	2392	<input type="checkbox"/>	2600	<input type="checkbox"/>	2852	<input type="checkbox"/>	3057		
<input type="checkbox"/>	113	<input type="checkbox"/>	1129	<input type="checkbox"/>	1375	<input type="checkbox"/>	1566	<input type="checkbox"/>	1821	<input type="checkbox"/>	2245	<input type="checkbox"/>	2400	<input type="checkbox"/>	2605	<input type="checkbox"/>	2860	<input type="checkbox"/>	3057		
<input type="checkbox"/>	121	<input type="checkbox"/>	1130	<input type="checkbox"/>	1412	<input type="checkbox"/>	1567	<input type="checkbox"/>	1821	<input type="checkbox"/>	2246	<input type="checkbox"/>	2401	<input type="checkbox"/>	2605	<input type="checkbox"/>	2861	<input type="checkbox"/>	3060		
<input type="checkbox"/>	122	<input type="checkbox"/>	1136	<input type="checkbox"/>	1414	<input type="checkbox"/>	1570	<input type="checkbox"/>	2012	<input type="checkbox"/>	2247	<input type="checkbox"/>	2402	<input type="checkbox"/>	2606	<input type="checkbox"/>	2862	<input type="checkbox"/>	3060		
<input type="checkbox"/>	182	<input type="checkbox"/>	1136	<input type="checkbox"/>	1422	<input type="checkbox"/>	1570	<input type="checkbox"/>	2104	<input type="checkbox"/>	2247	<input type="checkbox"/>	2405	<input type="checkbox"/>	2606	<input type="checkbox"/>	2870	<input type="checkbox"/>	3062		
<input type="checkbox"/>	183	<input type="checkbox"/>	1140	<input type="checkbox"/>	1425	<input type="checkbox"/>	1571	<input type="checkbox"/>	2105	<input type="checkbox"/>	2250	<input type="checkbox"/>	2410	<input type="checkbox"/>	2620	<input type="checkbox"/>	2870	<input type="checkbox"/>	3062		
<input type="checkbox"/>	184	<input type="checkbox"/>	1140	<input type="checkbox"/>	1426	<input type="checkbox"/>	1571	<input type="checkbox"/>	2106	<input type="checkbox"/>	2251	<input type="checkbox"/>	2411	<input type="checkbox"/>	2621	<input type="checkbox"/>	2871	<input type="checkbox"/>	3070		
<input type="checkbox"/>	185	<input type="checkbox"/>	1141	<input type="checkbox"/>	1427	<input type="checkbox"/>	1572	<input type="checkbox"/>	2107	<input type="checkbox"/>	2256	<input type="checkbox"/>	2412	<input type="checkbox"/>	2622	<input type="checkbox"/>	2871	<input type="checkbox"/>	3072		
<input type="checkbox"/>	186	<input type="checkbox"/>	1150	<input type="checkbox"/>	1430	<input type="checkbox"/>	1572	<input type="checkbox"/>	2107	<input type="checkbox"/>	2261	<input type="checkbox"/>	2412	<input type="checkbox"/>	2626	<input type="checkbox"/>	2915	<input type="checkbox"/>	3073		
<input type="checkbox"/>	187	<input type="checkbox"/>	1150	<input type="checkbox"/>	1431	<input type="checkbox"/>	1576	<input type="checkbox"/>	2110	<input type="checkbox"/>	2265	<input type="checkbox"/>	2420	<input type="checkbox"/>	2626	<input type="checkbox"/>	2915	<input type="checkbox"/>	3073		
<input type="checkbox"/>	188	<input type="checkbox"/>	1185	<input type="checkbox"/>	1432	<input type="checkbox"/>	1577	<input type="checkbox"/>	2111	<input type="checkbox"/>	2266	<input type="checkbox"/>	2421	<input type="checkbox"/>	2630	<input type="checkbox"/>	2919	<input type="checkbox"/>	3080		
<input type="checkbox"/>	189	<input type="checkbox"/>	1186	<input type="checkbox"/>	1432	<input type="checkbox"/>	1580	<input type="checkbox"/>	2115	<input type="checkbox"/>	2270	<input type="checkbox"/>	2422	<input type="checkbox"/>	2634	<input type="checkbox"/>	2920	<input type="checkbox"/>	3080		
<input type="checkbox"/>	193	<input type="checkbox"/>	1187	<input type="checkbox"/>	1435	<input type="checkbox"/>	1703	<input type="checkbox"/>	2115	<input type="checkbox"/>	2271	<input type="checkbox"/>	2422	<input type="checkbox"/>	2690	<input type="checkbox"/>	2930	<input type="checkbox"/>	3082		
<input type="checkbox"/>	194	<input type="checkbox"/>	1187	<input type="checkbox"/>	1451	<input type="checkbox"/>	1713	<input type="checkbox"/>	2121	<input type="checkbox"/>	2273	<input type="checkbox"/>	2425	<input type="checkbox"/>	2690	<input type="checkbox"/>	2931	<input type="checkbox"/>	3082		
<input type="checkbox"/>	195	<input type="checkbox"/>	1188	<input type="checkbox"/>	1452	<input type="checkbox"/>	1716	<input type="checkbox"/>	2121	<input type="checkbox"/>	2274	<input type="checkbox"/>	2426	<input type="checkbox"/>	2700	<input type="checkbox"/>	2931	<input type="checkbox"/>	3083		
<input type="checkbox"/>	197	<input type="checkbox"/>	1190	<input type="checkbox"/>	1453	<input type="checkbox"/>	1730	<input type="checkbox"/>	2125	<input type="checkbox"/>	2275	<input type="checkbox"/>	2430	<input type="checkbox"/>	2700	<input type="checkbox"/>	2935	<input type="checkbox"/>	3091		
<input type="checkbox"/>	198	<input type="checkbox"/>	1192	<input type="checkbox"/>	1453	<input type="checkbox"/>	1741	<input type="checkbox"/>	2125	<input type="checkbox"/>	2276	<input type="checkbox"/>	2435	<input type="checkbox"/>	2721	<input type="checkbox"/>	2936	<input type="checkbox"/>	3092		
<input type="checkbox"/>	199	<input type="checkbox"/>	1194	<input type="checkbox"/>	1454	<input type="checkbox"/>	1755	<input type="checkbox"/>	2130	<input type="checkbox"/>	2280	<input type="checkbox"/>	2436	<input type="checkbox"/>	2725	<input type="checkbox"/>	2945	<input type="checkbox"/>	3095		
<input type="checkbox"/>	452	<input type="checkbox"/>	1250	<input type="checkbox"/>	1456	<input type="checkbox"/>	1759	<input type="checkbox"/>	2130	<input type="checkbox"/>	2281	<input type="checkbox"/>	2437	<input type="checkbox"/>	2725	<input type="checkbox"/>	2946	<input type="checkbox"/>	3096		
<input type="checkbox"/>	461	<input type="checkbox"/>	1282	<input type="checkbox"/>	1457	<input type="checkbox"/>	1760	<input type="checkbox"/>	2131	<input type="checkbox"/>	2281	<input type="checkbox"/>	2437	<input type="checkbox"/>	2730	<input type="checkbox"/>	2947	<input type="checkbox"/>	3205		
<input type="checkbox"/>	462	<input type="checkbox"/>	1283	<input type="checkbox"/>	1460	<input type="checkbox"/>	1760	<input type="checkbox"/>	2131	<input type="checkbox"/>	2300	<input type="checkbox"/>	2440	<input type="checkbox"/>	2740	<input type="checkbox"/>	2948	<input type="checkbox"/>	3206		
<input type="checkbox"/>	463	<input type="checkbox"/>	1292	<input type="checkbox"/>	1460	<input type="checkbox"/>	1761	<input type="checkbox"/>	2132	<input type="checkbox"/>	2310	<input type="checkbox"/>	2441	<input type="checkbox"/>	2741	<input type="checkbox"/>	2950	<input type="checkbox"/>	3207		
<input type="checkbox"/>	464	<input type="checkbox"/>	1300	<input type="checkbox"/>	1471	<input type="checkbox"/>	1765	<input type="checkbox"/>	2132	<input type="checkbox"/>	2315	<input type="checkbox"/>	2442	<input type="checkbox"/>	2742	<input type="checkbox"/>	2950	<input type="checkbox"/>	3208		
<input type="checkbox"/>	490	<input type="checkbox"/>	1302	<input type="checkbox"/>	1472	<input type="checkbox"/>	1766	<input type="checkbox"/>	2133	<input type="checkbox"/>	2320	<input type="checkbox"/>	2445	<input type="checkbox"/>	2742	<input type="checkbox"/>	2951	<input type="checkbox"/>	3220		
<input type="checkbox"/>	496	<input type="checkbox"/>	1303	<input type="checkbox"/>	1478	<input type="checkbox"/>	1767	<input type="checkbox"/>	2135	<input type="checkbox"/>	2321	<input type="checkbox"/>	2447	<input type="checkbox"/>	2745	<input type="checkbox"/>	2951	<input type="checkbox"/>	3221		
<input type="checkbox"/>	730	<input type="checkbox"/>	1305	<input type="checkbox"/>	1478	<input type="checkbox"/>	1768	<input type="checkbox"/>	2137	<input type="checkbox"/>	2340	<input type="checkbox"/>	2449	<input type="checkbox"/>	2746	<input type="checkbox"/>	2960	<input type="checkbox"/>	3225		
<input type="checkbox"/>	735	<input type="checkbox"/>	1306	<input type="checkbox"/>	1480	<input type="checkbox"/>	1777	<input type="checkbox"/>	2145	<input type="checkbox"/>	2341	<input type="checkbox"/>	2455	<input type="checkbox"/>	2746	<input type="checkbox"/>	3006	<input type="checkbox"/>	3226		
<input type="checkbox"/>	738	<input type="checkbox"/>	1326	<input type="checkbox"/>	1482	<input type="checkbox"/>	1777	<input type="checkbox"/>	2147	<input type="checkbox"/>	2342	<input type="checkbox"/>	2456	<input type="checkbox"/>	2747	<input type="checkbox"/>	3006	<input type="checkbox"/>	3230		
<input type="checkbox"/>	741	<input type="checkbox"/>	1326	<input type="checkbox"/>	1485	<input type="checkbox"/>	1778	<input type="checkbox"/>	2147	<input type="checkbox"/>	2342	<input type="checkbox"/>	2457	<input type="checkbox"/>	2747	<input type="checkbox"/>	3010	<input type="checkbox"/>	3231		
<input type="checkbox"/>	750	<input type="checkbox"/>	1330	<input type="checkbox"/>	1492	<input type="checkbox"/>	1778	<input type="checkbox"/>	2151	<input type="checkbox"/>	2343	<input type="checkbox"/>	2457	<input type="checkbox"/>	2750	<input type="checkbox"/>	3011	<input type="checkbox"/>	3240		
<input type="checkbox"/>	751	<input type="checkbox"/>	1331	<input type="checkbox"/>	1495	<input type="checkbox"/>	1784	<input type="checkbox"/>	2152	<input type="checkbox"/>	2345	<input type="checkbox"/>	2458	<input type="checkbox"/>	2751	<input type="checkbox"/>	3012	<input type="checkbox"/>	3245		
<input type="checkbox"/>	752	<input type="checkbox"/>	1332	<input type="checkbox"/>	1495	<input type="checkbox"/>	1785	<input type="checkbox"/>	2155	<input type="checkbox"/>	2351	<input type="checkbox"/>	2458	<input type="checkbox"/>	2800	<input type="checkbox"/>	3013	<input type="checkbox"/>	5100		
<input type="checkbox"/>	760	<input type="checkbox"/>	1345	<input type="checkbox"/>	1515	<input type="checkbox"/>	1787	<input type="checkbox"/>	2162	<input type="checkbox"/>	2352	<input type="checkbox"/>	2460	<input type="checkbox"/>	2800	<input type="checkbox"/>	3015	<input type="checkbox"/>	5101		
<input type="checkbox"/>	764	<input type="checkbox"/>	1348	<input type="checkbox"/>	1516	<input type="checkbox"/>	1788	<input type="checkbox"/>	2164	<input type="checkbox"/>	2361	<input type="checkbox"/>	2465	<input type="checkbox"/>	2807	<input type="checkbox"/>	3020	<input type="checkbox"/>	5102		
<input type="checkbox"/>	765	<input type="checkbox"/>	1350	<input type="checkbox"/>	1517	<input type="checkbox"/>	1788	<input type="checkbox"/>	2165	<input type="checkbox"/>	2362	<input type="checkbox"/>	2466	<input type="checkbox"/>	2807	<input type="checkbox"/>	3021	<input type="checkbox"/>	5103		
<input type="checkbox"/>	1041	<input type="checkbox"/>	1351	<input type="checkbox"/>	1518	<input type="checkbox"/>	1795	<input type="checkbox"/>	2167	<input type="checkbox"/>	2363	<input type="checkbox"/>	2467	<input type="checkbox"/>	2815	<input type="checkbox"/>	3030	<input type="checkbox"/>	5120		
<input type="checkbox"/>	1043	<input type="checkbox"/>	1352	<input type="checkbox"/>	1520	<input type="checkbox"/>	1796	<input type="checkbox"/>	2170	<input type="checkbox"/>	2365	<input type="checkbox"/>	2470	<input type="checkbox"/>	2816	<input type="checkbox"/>	3031	<input type="checkbox"/>	5122		

Anlage 2

Liste der Anästhesisten:

1. Name/Anschrift/Tel./Fax:

2. Name/Anschrift/Tel./Fax:

3. Name/Anschrift/Tel./Fax:

4. Name/Anschrift/Tel./Fax:

5. Name/Anschrift/Tel./Fax:

6. Name/Anschrift/Tel./Fax:

7. Name/Anschrift/Tel./Fax:

8. Name/Anschrift/Tel./Fax:

9. Name/Anschrift/Tel./Fax:

10. Name/Anschrift/Tel./Fax:

Anlage 3

Liste der Operateure:

1. Name/Anschrift/Tel./Fax:

2. Name/Anschrift/Tel./Fax:

3. Name/Anschrift/Tel./Fax:

4. Name/Anschrift/Tel./Fax:

5. Name/Anschrift/Tel./Fax:

6. Name/Anschrift/Tel./Fax:

7. Name/Anschrift/Tel./Fax:

8. Name/Anschrift/Tel./Fax:

9. Name/Anschrift/Tel./Fax:

10. Name/Anschrift/Tel./Fax:

Anlage 4**Liste des nichtärztlichen Personals der Einrichtung mit Angabe der Qualifikation** (z.B. Krankenschwester, -pfleger, Arzthelfer/in):

1. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

2. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

3. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

4. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

5. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

6. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

7. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

8. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

9. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

10. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

11. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

12. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

13. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

14. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

15. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

16. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

Anlage 5

Liste der verantwortlichen Ärzte für die Hygiene mit Angabe der Qualifikation (Z. Zt. Qualifikation zum hygienebeauftragten Arzt noch optional):

1. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

2. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

3. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

4. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

5. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

6. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

7. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

8. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

Anlage 6

Liste der Mitarbeiter mit der Qualifikation „Sterilgutassistenten“

(zur Erläuterung: jeder Mitarbeiter, der Instrumente ab kritisch „B“ aufbereitet, muss persönlich die Qualifikation als Sterilgutassistent vorweisen. (Anforderungsprofil noch in der Abstimmung.):)

1. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

2. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

3. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

4. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

5. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

6. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

7. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

8. Name/Anschrift/Qualifikation/Tel./Fax:

I Allgemeine Bemerkungen zu den vorstehenden Überprüfungspunkten: