

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

Datum der Inbetriebnahme: _____**Operative Eingriffe:**

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr _____

Anzahl der OP-Tage/Jahr _____

Narkoseverfahren:

Anzahl der operativen Eingriffe/Jahr in

Lokalanästhesie: _____

Vollnarkose: _____

Anzahl mit Anwendung volatiler Anästhesiemittel _____

Anzahl mit Anwendung von i.v.-Anästhesiemitteln _____

für die Hygiene verantwortliche/r Ärztin/Arzt der Einrichtung:

Beratung durch Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin? ja nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch eine staatlich anerkannte Hygienefachkraft? ja nein

zuletzt am _____ durch _____

Beratung durch _____**Niveau der Einrichtung unter Berücksichtigung des Anhangs zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.3.3 der RKI-Richtlinie „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“** Eingriffsniveau OP-Niveau

Operatives Leistungsspektrum bitte als Anlage 1 aufführen (Operationsart x Anzahl/Jahr)

Liste der Anästhesisten/innen bitte als Anlage 2

Liste der Operateure bitte als Anlage 3 aufführen

Liste des nichtärztlichen Personals der Einrichtung mit Angabe der Qualifikation bitte als Anlage 4 beilegen (z.B. Krankenschwester, -pfleger; Arzthelfer/in)

B Strukturqualität

B 1 Baulich-funktionelle Gegebenheiten

B 1.1 Raumprogramm

B 1.1.1 Eingriffseinheit

 ja nein

- Eingriffsraum
- Vorraum (Personalumkleidung, Chirurgische Händedesinfektion)
- Aufbereitungs- / Sterilisiererraum
- Entsorgungsraum
- Patientenumkleide

B 1.1.2 OP-Einheit

 ja nein

- Personalschleuse
- Patientenschleuse
- Waschplatz
- OP-Raum
- separater Aufbereitungs- / Sterilisiererraum
- unreiner Arbeitsraum (Entsorgungsraum)
- Geräteraum
- Sterilgutlager
- Ein- / Ausleiterraum
- Aufwachraum

B 1.2 Baulich-funktionelle Gestaltung:

B 1.2.1. Personalumkleide

 ja nein

Größe _____ m²

Trennung (baulich/funktionell – rein/unrein)

 ja nein

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

 ja nein

- **Unreine Seite**

- Verschießbare Schränke für Kleidung
- Stellplatz Straßenschuhe
- Abwurf OP-Schuhe
- Abwurf Bereichskleidung unrein
- Handwaschbecken (mit Spendern für Flüssigseife, Einmalhandtücher)

- **Reine Seite**

- Schränke, Regale für OP-Wäsche
- Regale für OP-Schuhe rein, Einmalschuhe
- Händedesinfektionsmittelspender
- Regal für OP-Hauben, Mundschutz

B 1.2.2. Patientenumkleide

- Ablage- / Aufbewahrungsmöglichkeit für Patientenkleidung
- ggf. Patiententoilette
- Umkleidekabine für Patienten
- Schränke, Regale für OP-Wäsche

B 1.2.3 Personaltoilette ja nein

innerhalb der OP-Einheit (unreine Seite)

 ja nein

außerhalb der OP-Einheit

 ja nein

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

 ja nein**B 1.2.4 OP-Raum / -räume** (Anzahl: _____) ja neinNutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m² ja nein

Geräteliste:

• fahrbar

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

• fest installiert

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

Ausstattung

1. Wandbelag wischdesinfizierbar _____ ja nein2. Fußbodenauskleidung fugendicht _____ ja nein3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar _____ ja nein4. OP-Decke wischdesinfizierbar _____ ja nein5. Heizkörper in Hygieneausführung _____ ja nein

6. fahrbare Wagen _____

7. Anästhesieeinheit _____

8. Druckluft/Kompressor _____

9. _____

Fensterlüftung

 ja nein

Fliegengitter an allen Fenstern

 ja nein

Abwurfsystem für unsterile Produkte

 ja nein

Sterilgutlager im OP:

 ja nein

- Schränke _____

 ja nein

Staubdicht schließend

 ja nein

Türanlage:

- Material _____

- Griffe _____
- Automatik (ggf. gegenseitige Verriegelung) _____

B 1.2.5 Eingriffsraum/-räume (Anzahl: _____) ja neinNutzfläche-/Arbeitsfläche > 20 m² ja nein

Geräteliste:

- fahrbar

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

- fest installiert

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

Ausstattung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Wandbelag wischdesinfizierbar _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Fußbodenauskleidung fugendicht _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeitsflächen wischdesinfizierbar _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. OP-Decke wischdesinfizierbar _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Heizkörper in Hygieneausführung _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. fahrbare Wagen _____ | | |
| 7. Anästhesieeinheit _____ | | |
| 8. Druckluft/Kompressor _____ | | |
| 9. _____ | | |

Fensterlüftung

 ja nein

Fliegengitter an allen Fenstern

 ja nein

Abwurfssystem für unsterile Produkte

 ja nein

Sterilgutlager im Eingriffsraum:

 ja nein

- Schränke _____
Staubdicht schließend

 ja nein ja nein

Türanlage:

- Material _____
- Griffe _____

Nassbereiche in Eingriffsraum integriert

 ja nein

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Waschbecken _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Überlaufsiphon | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Berührungsarme Armaturen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Bodenablauf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

B 1.2.6 Präoperativer und postoperativer Bereich ja nein

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Vorzone (ausreichend dimensioniert) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Einleit-/Ausleitfunktion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Aufwachzone mit Überwachungsmöglichkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Schreibplatz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Arzneimittel- und Sterilgutlager in Schränken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Patiententoilette integriert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

B 1.2.7 Bereich für chirurgische Händedesinfektion ja nein

Waschplätze innerhalb des OP

 ja nein

Waschplatz (Vorzone/Vorbereitungsraum)

 ja nein

Wascheinrichtung mit funktionsgerechter Ausstattung

 ja nein

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • berührungsarme Armatur | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Flüssigseifenspender (Einmalgebinde) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| fest installiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Händedesinfektionsmitteldirektspender (Einmalgebinde) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| fest installiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Waschtisch ohne Überlauf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Einmalhandtuchspender | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| fest installiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Abwurf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Anzahl Waschplätze _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Luftbeimischer/Perlatoren

Wartung/Entkalkung/Wechsel der Luftbeimischer

 ja nein

wie häufig? _____ wann zuletzt? _____

Siebeinsatz vorhanden?

 ja nein

B 1.2.8 Sterilgutlagerraum - separat ja nein

Ausstattung

- Schränke ja nein
 - offen ja nein
 - geschlossen ja nein
- Regale ja nein
- Kühlschränke ja nein
- Arzneimittelvorratslager ja nein
- ja nein

B 1.2.9 Sterilgutaufbereitungsraum - separat ja neinArbeitsflächen _____m² ja nein

Funktionelle Trennung (Aufbereitungs-/Pack-/Sterilisierzone)

 ja nein

Spritzwasserschutz

 ja nein**B 1.2.10 Entsorgungsbereich für Abfälle** ja nein

- Raumflächen (funktionell ausreichend) ja nein
- Ausstattung (funktionsgerecht) ja nein

B 1.2.11 Putzraum ja nein

- Raumflächen (funktionell ausreichend) ja nein
- Ausstattung (funktionsgerecht) ja nein
- Aushang Kurzform Reinigungs- und Desinfektionsplan ja nein
- Wasserzufluss ja nein
- Ausguss ja nein
- Desinfektionsdosiergerät ja nein
- Lager Putzmittel, Desinfektionsmittel, Putzzubehör ja nein
- Handwaschbecken (Standard siehe Waschplätze) ja nein
- Putzwagen ja nein

B 1.2.12 Geräteraum ja nein**B 1.2.13 Vorratslager** ja nein

Ausstattung

- Schränke ja nein
- Regale ja nein

B 2.2 Sterilisationsgeräte ja nein

Typenbezeichnung(en): _____

Dampfdrucksterilisator (Anzahl: _____)

 ja nein

Heißluftsterilisator (Anzahl: _____)

 ja nein

Formaldehyd-Sterilisator (Anzahl: _____)

 ja nein

Ethylenoxid-Sterilisator (Anzahl: _____)

 ja nein

Plasma-Sterilisator (Anzahl: _____)

 ja nein

Sonstige Geräte (Anzahl: _____)

 ja nein

Art: _____

B 2.3 Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (RDG) ja nein

Funktionsprinzip:

thermisch (Anzahl: _____)

 ja nein

chemisch (Anzahl: _____)

 ja nein

chemo-thermisch (Anzahl: _____)

 ja nein**C Prozessqualität****(betrieblich-organisatorische bzw. personelle Hygienemaßnahmen)****C 1 Hygiene bei der Medizinprodukteaufbereitung**

(RKI- u. BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“)

Protokoll der Bezirksregierung liegt vor vom _____

 ja nein**C 2 Hygieneplan / Desinfektionspläne****C 2.1. Hygieneplan gemäß § 36 Abs. 1 IfSG für die gesamte Einrichtung** ja nein

jederzeitiger Zugriff für Personal möglich

 ja nein

erstellt durch _____

letzte Aktualisierung(en) am/durch _____

Einweisung des Personals in Inhalte bzw. Handhabung des Hygieneplans

 ja nein

Einweisung durch _____

C 2.1.1. Verfahrensanweisungen vorhanden für:

- Aushang mit Verfahrensanweisungen für das Personal für die Patientenumkleide, Vorbereitung und Einschleusen

 ja nein

- Verfahrensanweisung und Aushang für chirurgische Händedesinfektion

 ja nein

- Verfahrensanweisung zur Wartung, Reinigung des Waschplatzes

 ja nein

- Verfahrensanweisung Sterilgutlager ja nein
- Verfahrensanweisung Abfallentsorgung ja nein
- Beschreibung der Abfallwege ja nein
- Verfahrensanweisung Reinigung und Desinfektion ja nein

C 2.2 Desinfektionspläne

an sichtbaren Stellen ausgehängt ja nein

erstellt durch _____

letzte Aktualisierung(en) am/durch _____

Einweisung des Personals bzgl. Anwendung der Desinfektionspläne ja nein

Einweisung durch _____

Übereinstimmung der angeführten Desinfektionsmittel und –verfahren mit den tatsächlich verwendeten ja nein

Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI bei Erstellung/Aktualisierung ja nein

C 3 Organisation der Desinfektionsmaßnahmen

C 3.1 Desinfektionsmittel

Vorhalten von Desinfektionsmittel für:

Hände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Instrumente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Flächen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Einmalgebinde (Behälter werden nicht nachgefüllt) ja nein

Auswahl nach/von

DGHM – Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
RKI – Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
nichtgelistete Produkte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hygieneinstitut (öffentl.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hersteller	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

- Manuelle Dosierung der Desinfektionsmittel ja nein
 Dosierhilfen (Beutel, Dosierpumpe) ja nein

C 3.2 Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen

OP-Einheit / Eingriffseinheit:

- 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
- Einmalaufgaben, Einmalartikel bei Patientenkontakt ja nein

Flächen-/Fußbodendesinfektion

- Regelmäßige Fußbodendesinfektion ja nein
- 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
- Interne Aufbereitung ja nein
- Externe Aufbereitung ja nein
- Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

- Methode: thermische/chemothermische Desinfektion ja nein
 mit Trocknung ja nein

- Kontrolle des Desinfektionserfolges (z.B. Abdruckuntersuchungen)? ja nein
- Prüfprotokolle vorhanden ja nein
 eingesehen ja nein
- Prüfstelle Privatlabor ja nein
 Hygieneinstitut (öffentl.) ja nein
- Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

C 4 Abfallentsorgung

Abfallentsorgung gemäß Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) über die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (AS = Abfallschlüssel; 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/infektionspräventiver 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: _____

Entsorgungsunternehmen für Abfalltyp _____

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

C 5 Hygienesdisziplin

C 5.1 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
 (d.h.: vollständiges bedecken von Mund und Nase. Wechsel bei Kontamination oder Befeuchtung)

C 5.2 Händedesinfektion

• vor Entnahme sauberer Bereichskleidung / des Mund-/Nasenschutzes ja nein

• beim Umgang mit Sterilgut, Einwegartikeln, Injektionen, Infusionen ja nein

• vor invasiven Maßnahmen am Patienten ja nein

• vor Kontakt mit besonders infektionsgefährdeten Patienten ja nein

• vor oder nach Kontakt mit Wunden oder Einstichstellen ja nein

• nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material ja nein

• nach Kontakt mit Patienten von denen Infektionen ausgehen können ja nein

• nach Durchführung von Entsorgungsarbeiten ja nein

C 5.3 Haarschutz

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

C 5.4 Schriftliche Anleitungen zu betrieblich-organisatorischen bzw. personellen Hygienemaßnahmen

Einschleusen des Personals	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Präoperative Patientenvorbereitung bzw. Haut/Schleimhautdesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chirurgische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufbereitung des OP-Raums zwischen 2 Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sichtbarer Aushang an entsprechenden Stellen/jederzeit zugänglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

C 6 Aufbereitung von Wäsche

(bestimmungsgemäß unsterile OP-Kleidung als Schutzausrüstung; andere Praxistextilien, die nicht steril sein müssen)

Verwendung von Einwegartikeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwendung von Mehrwegartikeln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
eigene Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verfahren: _____		

Aufbereitung entsprechend der RKI-Richtlinie 4.4.3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fremdvergabe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name/Anschrift/Tel./Fax: _____		

Zertifikat liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

D Personal- und Patientenschutz

Personenschutz (§§ 5 und 6 ArbSchG, § 15 BioStoffV)

Gefährdungsbeurteilung mit Feststellung, welche Beschäftigten Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung (z. B. HBV, HCV, HIV, TBC) ausüben

vorhanden 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 der Tätigkeit sichergestellt

ja nein

Angebot der Schutzimpfung für Beschäftigte

ja nein

Werden Beschäftigte ohne ausreichenden Impfschutz eingesetzt

ja nein

Arbeitsmedizinische Betreuung durch

Name/Anschrift/Tel./Fax: _____

E Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen

Durchführung von Operationen bei Patienten mit Risikopunkten: ja nein
(Pro aufgezählte Kategorie kann 1 Risikopunkt vergeben werden.)

- ASA Score >3 (=schwere systemische Krankheit, dekompensierte systemische Krankheit oder moribund),
- Wundkontaminationsklasse kontaminiert oder septisch;
- OP-Dauer >75% der Operationen gleicher Art

Wenn ja, Limit für Durchführung operativer Eingriffe bei

Risikopunkt(en) 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erfassung und Bewertung postoperativer Wundinfektionen

		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Indikator-OP	Arthroskopie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Varizen-Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Star-Operationen (grau)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Adenotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Herniotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mamma-OP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

andere: _____

Methode / Erfassung	AMBU-KISS	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	andere: _____		

Erfassender / Bewertender:	Operateur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hygienefachkraft (extern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hausarzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	andere: _____		

Maßnahmen zur Sicherstellung des Informationsrückflusses post-op.
an den Operateur zu Komplikationen und Infektionen,
einschließlich 24-Stunden-Erreichbarkeit ja nein

Maßnahmen zur Ursachenermittlung und Ablaufoptimierung ja nein

Meldung eines gehäuften Auftretens von nosokomialen Infektionen
an das Gesundheitsamt ja nein

zuletzt am _____

Service-Anhang

Sicherheit

Notstromeinrichtung ja nein

Kapazität ausreichend für die Zeit bis zum Ende jedes Eingriffs
bzw. jeder Operation ja nein

an Notstrom angeschlossen: _____

Rettungswege
Einrichtung ist für Feuerwehr/Rettungsdienst zur Übernahme
von Patienten leicht zugänglich ja nein

Fluchtwege in der Einrichtung gekennzeichnet ja nein

Druckgasflaschen (z.B. Sauerstoff) ja nein

gegen Umstürzen gesichert ja nein

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

Feuerlöscher ja nein

Feuerlöscher gewartet ja nein

Feuerlöscher gesichert ja nein

Arzneimittel-Sicherheit

Regelmäßige Überprüfung des Verwendbarkeitsdatums ja nein

durch _____

Kennzeichnung der Gebinde zur Mehrfachentnahme mit dem Anbruchdatum
(z.B. Durchstichfläschen, Tropfenfläschen, Tuben) ja nein

Arzneimittelkühlschrank ja nein

Min / Max Thermometer ja nein

Notfallmanagement

- Notfallarzneimittel zum sofortigen Zugriff an zentraler Stelle ja nein
- Instrumentarium zur Reanimation ja nein
- EKG-Monitor ja nein
- Organisationsplan Patientennotfall, Rufkennung, Telefon, Zuständigkeit ja nein
- Fortbildung Personal zu Notfällen ja nein
- Organisationsplan Personalnotfälle und Verletzung ja nein