

		Ja	Nein
2 Hygienemanagement / allg. Hygiene			
2.1	Existiert in der Praxis		
	ein Hygieneplan (gemäß BZÄK)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ein Reinigungs- und Desinfektionsplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Ist der Reinigungs- und Desinfektionsplan ausgehängt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Hygienebeauftragte(r)		
	<input type="checkbox"/> Praxisbetreiber <input type="checkbox"/> Zahnmedizinische Fachangestellte		
	<input type="checkbox"/> Zusätzliche externe Hygieneberatung		
	Name / Adresse:		
		
		
2.4	Vorhaltung Persönlicher Schutzausrüstung (Schutzkleidung)		
	2.4.1 Flüssigkeitsdichte Einmalhandschuhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
	Wird (bei allen Behandlungen) getragen – soweit beurteilbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> vom Zahnarzt? <input type="checkbox"/> von den ZFA?		
	<input type="checkbox"/> sterile OP-Handschuhe		
	<input type="checkbox"/> Verwendung doppelter Handschuhe bei bekannt infektiösen Patienten		
	2.4.2 Geeignete Handschuhe für den Umgang mit Desinfektionslösungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.4.3 Mund-Nasenschutz-Masken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.4.4 Schutzbrille bzw. Gesichtsschutz (z.B. Brille mit Visier)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Personal		
	2.5.1 Kurze, unlackierte Fingernägel, keine künstlichen Fingernägel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.5.2 Kein Tragen von Schmuck (auch keine Eheringe) oder Armbanduhren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.5.3 Tragen von Arbeitskleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Ja **Nein**

3 Invasive Eingriffe / Ambulante Eingriffe bzw. Operationen
(vgl. RKI-Richtlinie Anhang zur Anlage Ziffern 5.1 und 4.3.3: Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis)

Es werden **keine operativen Eingriffe** durchgeführt, die zahnärztlichen Leistungen beziehen sich ausschließlich auf

- Kieferorthopädie
- Konservierende Therapie
- Prothetische Therapie
-
-

Einfaches chirurgisches Spektrum

- Einfache Extraktion
- Vorwiegend geschlossene Parodontaltherapie
-
-
-

Erweitertes chirurgisches Spektrum

- Osteotomien
- Implantationen
- intraorale Inzisionen
- Sinuslifts
- Augmentation
- Offene Parodontaltherapie
- Extraorale Inzisionen
- Kiefer-Traumatologie
- Erweiterte Extraktion
-
-

Plastisch-ästhetische und sonstige nichtzahnärztliche Eingriffe / Operationen

- Plastisch-ästhetische Operationen
- Gesichts-Traumatologie

- | | Ja | Nein |
|------------------------------------------------------------------|----|------|
| <input type="checkbox"/> Operationen außerhalb des Kopfbereiches | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> Vollnarkose | | |

Bemerkungen:

4 Erfassung von Infektionen / Infektionsprävention

- | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Erfolgt eine Erfassung der Infektionen / Resistenzen gemäß § 23 IfSG? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Infektionen: | | |
| 4.3 | Eine Einsichtnahme in das „Infektionsbuch“ erfolgte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 | Existieren besondere Verhaltensregeln bei Behandlung von Patienten, die mit den folgenden Krankheitserregern kolonisiert / infiziert sind, bzw. bei denen die unten genannten Krankheitszeichen vorliegen: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (MRSA und andere multiresistente Erreger)? | | |
| | <input type="checkbox"/> HBV (Hepatitis B-Virus) / HCV (Hepatitis C-Virus)? | | |
| | <input type="checkbox"/> HIV (Humanes Immundefizienz-Virus)? | | |
| | Sind hierzu Festlegungen im Hygieneplan getroffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen:

5 Apparativ-technische Ausstattung

5.1 Zahnärztliche Behandlungseinheiten mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation

Gerätetyp / Baujahr:
 Gerätetyp / Baujahr:
 Gerätetyp / Baujahr:

5.2 Zahnärztliche Behandlungseinheiten ohne Anschluss an die Trinkwasserinstallation

Gerätetyp / Baujahr:
 Gerätetyp / Baujahr:
 Gerätetyp / Baujahr:
 ohne Wasser: Anzahl:
 mit Wasservorratsbehälter („Bottle-System“): Anzahl:
 Welche Wasser verwenden Sie?

	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Tafelwasser / stilles Mineralwasser		
5.3 Wartung und Desinfektion der zahnärztlichen Behandlungseinheiten		
Regelmäßige Wartung? (laut Herstellerangaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrierte Desinfektionsanlage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerentkeimung: Setzen Sie dem Wasser ständig Desinfektionsmittel zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja,</u> welches Desinfektionsmittel setzen Sie ein? (Produktname / Hersteller)		
.....		
Intensiventkeimung: Desinfizieren Sie am Ende der Arbeitswoche die wasserführenden Leitungen Ihrer Behandlungseinheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja,</u> welches Desinfektionsmittel setzen Sie ein? (Produktname / Hersteller)		
.....		
<u>Dentaleinheit mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Trennung der Dentaleinheit von der Trinkwasserinstallation durch einen Systemtrenner gemäß DIN EN 1717 bzw. DVGW-Zulassung belegt?		
Durchspülen arbeitstäglich an allen Entnahmestellen für mind. 2 Minuten (schriftlich festgelegt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchspülen der beim letzten Patienten benutzten Systeme vor der nächsten Behandlung für mind. 20 Sekunden (schriftlich festgelegt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfektion und Reinigung der Absaugung am Ende des Arbeitstages mind. 1 x täglich gemäß Herstellerangaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja,</u> Produkt: Konz.:		
Äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja,</u> Produkt: Konz.:		
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen wie Urlaubszeiten gemäß Herstellerangaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Nur bei zahnärztlichen Behandlungseinheiten ohne Anschluss an die Trinkwasserinstallation:</u>		
Desinfizieren Sie am Ende der Arbeitswoche die Druckflasche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja,</u> welches Desinfektionsmittel setzen Sie ein? (Produktname / Hersteller)		
.....		
5.4 Zusatzgeräte:		
Polymerisationslampe: <input type="checkbox"/> Intraorale Kamera: <input type="checkbox"/>		
Zahnsteinentfernungsgerät: <input type="checkbox"/> Pulverstrahlgerät: <input type="checkbox"/>		
Einmalaufsätze vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Mobile Behandlungsgeräte:		
Mobile Behandlungsgeräte (z.B. Chirurgie-Geräte, Implantations-Geräte, Koffergegeräte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
für Alten- und Behindertenheime)?		
<u>Wenn ja</u> , Anzahl:		
Typ / Hersteller:		

Bemerkungen:

6 Räumliche Bedingungen

- | | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 | Gibt es einen | | |
| | Aufenthaltsraum / Teeküche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Umkleideraum, ggf. Schwarz-Weiß-Trennung (Spinde mit Trennung von Straßen- und Bereichskleidung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Separater Raum zur Instrumentenaufbereitung / Sterilisation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Röntgen(raum)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Dentallabor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Putzmittelraum, ggf. Schrank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Wäscheaufbereitung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Lager? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Anzahl der Behandlungsräume: | | |
| 6.2 | Ist eine RLT - Anlage (raumluftechnische Anlage oder Klimaanlage) vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <u>Wenn ja</u> , erfolgt eine jährliche Überprüfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Letzte Überprüfung: | | |
| | Befund: | | |
| 6.3 | Existieren getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen:

		Ja	Nein
7	Händedesinfektion / Händereinigung		
7.1	Sind in den Behandlungsräumen, im WC, im Aufbereitungsraum Waschbecken vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Entspricht die Ausstattung der TRBA 250 ¹ und KRINK-Empfehlungen ² ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seifenspender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Handtuchspender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desinfektionsspender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Entspricht die Ausstattung der Handwaschbecken in den Behandlungsräumen und im Aufbereitungsraum folgenden Kriterien?		
	Mit fließendem kalten und warmen Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mit handberührungsfreier Armatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohne Überlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Wasserstrahl ist nicht direkt in den Siphon gerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Ist das verwendete Händedesinfektionsmittel VAH-gelistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name:		
7.5	Werden Originalgebinde verwendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	Handpflegemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

8 Flächenreinigung und -desinfektion in ausgewählten Praxisbereichen			
8.1	Ist für die flächendesinfizierende Reinigung von Arbeitsflächen ein VAH-gelistetes Mittel vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name:		
	Konzentration + Einwirkzeit:		
	Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ TRBA 250 = Technische Richtlinie Biologische Arbeitsstoffe „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“, Bezugsquelle: Berufsgenossenschaft oder Carl Heymanns Verlag KG, Luxemburger Straße 449, 50939 Köln.

² Die von der KRINKO entwickelten Leitlinien dienen als verbindliche Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen zum Thema Hygiene. Die aufgestellten Empfehlungen richten sich an alle Einrichtungen im Gesundheitswesen, wie z.B. Kliniken, Heime, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Dialysezentren, Rehabilitationseinrichtungen oder Einrichtungen für ambulantes Operieren.

KRINKO ist die Abkürzung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut.

- | | | Ja | Nein |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8.2 | Steht bei sichtbarer Kontamination für die flächendesinfizierende Reinigung von Fußböden ein VAH-gelistetes Mittel zur Verfügung? (vgl. Kapitel 08/ Flächen/ Fußböden im DAHZ-Hygieneleitfaden, 10. Ausgabe 2016) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name: | | |
| | Konzentration + Einwirkzeit: | | |
| | Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit den Vorgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Erfolgt die Flächendesinfektion als Scheuer-Wisch-Desinfektion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | Kommt ein Wechsellösungssystem für die Fußböden zur Anwendung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Bemerkungen: | | |

9 Wasseruntersuchungen

- 9.1 Jährliche mikrobiologische Überprüfung der Behandlungseinheit(en)**
- Wurde jede Behandlungseinheit beprobt?
 (empfohlene Abnahmestelle: Turbine, Mundspülwasser)
- Anzahl:
- Legionellen (nach KRINKO) KBE bei 36°C (nach KRINKO)
 Pseudomonas aeruginosa (optional)
- 9.2 Jährliche mikrobiologische Überprüfung des Trinkwassers**
- MP-Aufbereitungsraum bei manueller Aufbereitung
 (nach UBA; KRINKO: Trinkwasserqualität)
- KBE bei 22°C/36°C Coliforme Keime, incl. E.coli
 Enterokokken Pseudomonas aeruginosa (optional)
- Bemerkungen:**

10 Instrumentenaufbereitung

- | | | | |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 | Werden Instrumente bzw. Geräte aufbereitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Fand bereits eine Überwachung durch die Zahnärztekammer/Bezirksregierung gemäß MedProdGesetz statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Datum: | | |
| 10.3 | Fand eine Risikoeinstufung der Instrumente gemäß RKI/BfArM-Empfehlung statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 | Werden Instrumente der Einstufung Kritisch A oder B aufbereitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Ja	Nein
10.5 Korrekter Umgang (Reinigung und Desinfektion) mit zahntechnischen Werkstücken / Abformungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 Abwurf / Ablage gebrauchter Instrumente an der Behandlungseinheit		
auf separatem Tablett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Einmalpapiertuch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7 Wie werden benutzte Instrumente / Geräte aufbereitet?		
manuell	<input type="checkbox"/>	
Ultraschall	<input type="checkbox"/>	
maschinell	<input type="checkbox"/>	
10.8 Ist eine Standard-Arbeitsanweisung für die Instrumentenaufbereitung vorhanden? (Hygieneplan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9 Bei manueller Aufbereitung:		
10.9.1 Wird ein Eintauchverfahren eingesetzt? (bei Bedarf in Kombination mit Ultraschall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9.2 Wird ein Sprüh-/Wischverfahren für Außenflächen von Medizinprodukten eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9.3 Wird ein Sprühverfahren (Reinigung und Desinfektion) mit Hilfe spezieller Adapter für Innenflächen von Medizinprodukten eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9.4 Ist das eingesetzte Instrumentendesinfektionsmittel VAH-gelistet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name:		
Konzentration + Einwirkzeit:		
Entspricht die Konzentration und Einwirkzeit (EWZ) den Vorgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn nein</u> , ist die Konz. und/oder EWZ zu gering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Dosierhilfen zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentenwanne mit Deckel vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10 Bei Aufbereitung im Ultraschall:		
Wird ein gelistetes Instrumentendesinfektionsmittel benutzt und ist dieses für die Anwendung im Ultraschall geeignet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name:		
Konzentration + Einwirkzeit:		
10.11 Bei maschineller Aufbereitung:		
Programm / Zeitdauer / Temp.: / Min. / °C		
Eingesetztes Mittel lt. Hersteller:		
Erfolgt die Kontrolle des Reinigungs- und Desinfektionsgerätes (RDG) nach Herstellerangaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzter Befund von:		
10.12 Wo erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums?		
10.13 Sind reine und unreine Zonen definiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
11.5 Fand die technische Validierung des Sterilisationsprozesses statt? (nach Inbetriebnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fand die technische Revalidierung des Sterilisationsprozesses statt? (mindestens jährlich oder nach Herstellerangaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzter Validierungsbericht von:		
Durch die Validierung soll der Nachweis erbracht werden, dass		
- das gewählte Aufbereitungsverfahren zur ordnungsgemäßen Aufbereitung der vorhandenen Medizinprodukte geeignet ist (Herstellerangaben, Leistungsumfang des Verfahrens),		
- der Erfolg des Verfahrens jederzeit nachvollziehbar gewährleistet ist (vollständige Prozessvalidierung, automatische Dokumentation, Routinekontrollen),		
- die organisatorischen, personellen, räumlichen und technischen Voraussetzungen vorliegen (Risikobewertung, Einstufung, klare Regelung der Verantwortlichkeiten, Sachkenntnis, Unterweisung, Zonen-Trennung rein/unrein, QMS, ...).		
11.6 Welche Art der Verpackung wird genutzt:		
Klarsichtbeutel/-schläuche aus Papier- und Kunststoffolie	<input type="checkbox"/>	
Wieder verwendbare Sterilisierbehälter („Container“)	<input type="checkbox"/>	
Verpackte Normtrays (Dentalkassetten)	<input type="checkbox"/>	
Sterilisationspapier	<input type="checkbox"/>	
11.7 Erfolgt eine geschützte Lagerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8 Wurden bei Stichproben bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommender Instrumente Beanstandungen festgestellt (Rost, Defekte, PEK)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.9 Sachkundenachweis(e) vorhanden? (ggf. Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der ausgebildeten Personen:		
11.10 Ist eine Standard-Arbeitsanweisung für den Sterilisationsprozess vorhanden? (Hygieneplan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

12 Umgang mit Medikamenten und Materialien

12.1 Werden die Medikamente im Medikamentenschrank bzw. Medikamentenkühlschrank aufbewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn Medikamentenkühlschrank vorhanden</u> , ist dieser mit einem Kühlschrankthermometer versehen? (Min-Max-Thermometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird die Kühlschranktemperatur täglich dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Lebensmittel im gleichen Kühlschrank mitgelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Sind angebrochene Medikamente mit Anbruchsdatum versehen und ordnungsgemäß verschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn nein</u> , Name:		
12.3 Sind Überschreitungen der Lagerfrist festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
	<u>Wenn ja</u> , Name/ Ablaufdatum: /		
12.4	Erfolgt eine geschützte Aufbewahrung von sterilem Einwegmaterial (Kanülen, Spritzen etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

13 Wäsche

13.1	Aufbereitung der Berufskleidung/Wäsche erfolgt gemäß DAHZ? (entfällt bei Einmalschutzkleidung/Einmalartikeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit separatem Waschgang		
	<u>Wenn ja</u> , ist eine Standard-Arbeitsanweisung für die Wäscheaufbereitung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> durch Fremdvergabe		
	<u>Wenn ja</u> , liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor (z.B. gemäß RKI-/VAH-Listung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name / Adresse der Wäscherei:		
		
13.2	<input type="checkbox"/> desinfizierendes Waschverfahren (40°C + Desinfektionswaschmittel für 40°C)		
	<input type="checkbox"/> chemothermisch (60°C + Desinfektionswaschmittel) <input type="checkbox"/> thermisch (> 90°C)		
13.3	Ist für die Wäscheaufbereitung ein VAH- oder RKI-gelistetes Desinfektionswaschmittel vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Name:		
13.4	Werden Wischbezüge in einem separaten Waschgang aufbereitet und trocken gelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

14 Abfallentsorgung

14.1	Entsorgung von spitzen und scharfen Gegenständen (AS 18 01 01) in stich- und bruchfesten Einwegbehältnissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2	Werden bei mit Blut, Sekreten und Exkreten behafteten Abfällen, z.B. Tupfer, Handschuhe, Drainagestreifen (AS 18 01 04), die Anforderungen der kommunalen Abfallentsorgungssatzung beachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3	Werden Röntgenchemikalien der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4	Werden amalgamhaltige Abfälle der Entsorgung durch ein entsprechend zertifiziertes Unternehmen mit Entsorgungsnachweis zugeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja **Nein**

Bemerkungen:

15 Betriebsärztliche Betreuung

15.1 Ist eine betriebsärztliche Betreuung vorhanden?

Name / Adresse des Betriebsarztes:

.....

.....

Bemerkungen:

Abschließende Bemerkungen und Empfehlungen: