

Hygienebegehungen Zahnarztpraxen

1. Einrichtung/ Praxis

Betreiber/Inhaber der Einrichtung (mit Anschrift)	
Betriebsform	<input type="radio"/> Einzelpraxis <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis <input type="radio"/> Praxisgemeinschaft
Datum der Inbetriebnahme/ Übernahme	
Letzte Begehung nach MPG	
Ansprechpartner für die Begehung	
Tel./Fax	
E-Mail	

2. Beschäftigte

Qualifikation	Anzahl
Zahnärzte/innen	
Zahnmedizinische Fachangestellte	
Dentalhygieniker/in	
Auszubildende	
Eigene Reinigungskraft	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Reinigungsunternehmen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

3. Zuständigkeit für das Hygienemanagement

Hygienebeauftragte/r	<input type="radio"/> Praxisbetreiber
	<input type="radio"/> Zahnmedizinische Fachangestellte
	<input type="radio"/> Externe Hygieneberatung
	Name/Anschrift:

4. Eingriffsspektrum

<input type="radio"/>	Es werden keine operativen Eingriffe durchgeführt, die zahnärztlichen Leistungen beziehen sich ausschließlich auf:
<input type="radio"/>	Kieferorthopädie
<input type="radio"/>	Konservierende Therapie
<input type="radio"/>	Prothetische Therapie
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Es werden Eingriffe durchgeführt/ Einfaches chirurgisches Spektrum:
<input type="radio"/>	Einfache Extraktion
<input type="radio"/>	Vorwiegend geschlossene Parodontaltherapie
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Es werden Eingriffe durchgeführt/ Erweitertes chirurgisches Spektrum:
<input type="radio"/>	Osteotomien
<input type="radio"/>	Implantationen
<input type="radio"/>	Intraorale Inzision
<input type="radio"/>	Sinuslift
<input type="radio"/>	Augmentation
<input type="radio"/>	Offene Parodontaltherapie
<input type="radio"/>	Extraorale Inzision
<input type="radio"/>	Kiefer-Traumatologie
<input type="radio"/>	Erweiterte Extraktion

<input type="radio"/>	Es werden plastisch-ästhetische und sonstige nichtzahnärztliche Eingriffe/Operationen durchgeführt
<input type="radio"/>	Plastisch-ästhetische Operationen
<input type="radio"/>	Gesichts-Traumatologie
<input type="radio"/>	Operationen außerhalb des Kopfbereichs
<input type="radio"/>	

5. Sedierung/Narkose

Lachgassedierung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Inhalationsnarkosen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Intravenöse Narkosen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Beatmungs- und Narkosewagen in der Praxis vorhanden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Name, Anschrift des Anästhesisten		

6. Besondere Verhaltensmaßnahmen zur Infektionsprävention

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="radio"/>	Methicillin resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) und andere multiresistente Erreger	
<input type="radio"/>	HBV (Hepatitis B-Virus)/HCV (Hepatitis C-Virus)	
<input type="radio"/>	HIV (Humanes immundefizienz-Virus)	
<input type="radio"/>	Akute fieberhafte Erkrankung des Respirationstraktes/fieberhafte exanthematische Erkrankung (z.B. Masern, Röteln, Windpocken, ...)	
Sind hierzu Festlegungen im Hygieneplan getroffen?		
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

7. Kleidung und Abdeckung bei operativen Eingriffen

	Eingriffe ohne speicheldichten Wundfluss		Eingriffe mit Speicheldichtem Wundverschluss	
Unsterile Handschuhe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sterile Handschuhe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sterile OP-Kleidung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sterile Abdeckung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mund-/Nasenschutz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schutzbrille	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kopfhaut	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

8. Antisepsis

Orale Antisepsis bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wenn ja, mit welchen Produkten?	
Orale Antisepsis vor Eingriffen mit speicheldichtem Wundverschluss	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wenn ja, mit welchen Produkten?	
Verwendung von sterilen Lösungen bei umfangreichen Eingriffen und immunsupprimierten Patienten (Spülung und Instrumentenkühlung z.B. mit physiologischer Kochsalzlösung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Wenn ja, mit welchen Produkten?	

9. Arzneimittel

Werden kühlpflichtige Arzneimittel gelagert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Lagerung in separatem Kühlschrank?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Min.-Max. Thermometer im Kühlschrank?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arbeitstägliche Dokumentation des eingehaltenen Temperaturbereichs?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Regelmäßige Überwachung der Verfallsdaten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verwendung von Mehrdosisbehältnissen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Dokumentation des Anbruchdatums?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

10. Baulich-funktionelle Strukturen

Räume	Zutreffend?
OP	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Eingriffe	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Behandlung	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Röntgen	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Dentallabor	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Aufwachen/Ruhezone	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Instrumenten-Aufbereitung	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Lager	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Putzmittel	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Wäscheaufbereitung	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Aufenthalt/Teeküche	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Personalumkleide	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Personal-WC	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Wartebereich	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Patienten-WC	<input type="radio"/> ja wenn ja, Anzahl: <input type="radio"/> nein
Natürliche Lüftung (Fensterlüftung)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn ja, Fliegengitter vor Fenster für:
Eingriffsraum	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Behandlungsraum	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Aufbereitung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Klimageräte (Anlagen ausschließlich zur Kühlung der Raumtemperatur)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn ja, in welchen Räumen:
Letzte Wartung am:	

11. Hygieneplan

Hygieneplan vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	In schriftlicher Form <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	In elektronischer Form <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stand:	
Dokumentierte Einweisung neuer Mitarbeiter/innen bei Einstellung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Dokumentierte Schulungen der Mitarbeiter/innen in Folge	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurde der Hygieneplan in Zusammenarbeit mit externer Beraterfirma erstellt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	wenn ja und abweichend von Pkt. 8: Name und Anschrift

12. Desinfektions- und Reinigungsplan

Desinfektions- und Reinigungsplan vorhanden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja, mit Verfahrensbeschreibung für:	
Hände	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haut	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Geräte	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Einrichtungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Flächen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Kleidung/Wäsche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

13. Baulich-strukturelle Voraussetzungen zur Händehygiene

	Handwaschbecken	Spender für Flüssigseife	Spender für Einmalhandtücher	Spender für Händedesinfektionsmittel
Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingriff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentallabor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personaltoilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Röntgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Räume (bitte benennen):				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausstattung				
Wasserarmatur ohne Handkontakt zu bedienen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Fließend kaltes und warmes Wasser?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Technische Details				
Regelmäßige Reinigung/Wechsel der Perlatoren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Wasserstrahl direkt in den Abfluss?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Waschbecken ohne Überlauf?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		

14. Flächendesinfektion

Frequenz/Häufigkeit		
Patientennahe Flächen nach jedem Patienten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Flächen bei sichtbarer Kontamination?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arbeitstägliche Flächendesinfektion?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verfahren		
Sprühdesinfektion VAH-Listung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wischdesinfektion VAH-Listung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herstellerseitig gebrauchsfertig vorgetränkte Tücher?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja, bitte benennen:	
Produkt:		
Konzentration/Einwirkzeit:		
Wiederbefüllbare Tuchspendersysteme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verfahrensanweisung zur Aufbereitung der Behälter vor erneuter Befüllung vorhanden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Verwendung eines automatischen Desinfektionsdosiermittelgerätes?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Letzte technische Überprüfung am:		
Manuelle Herstellung von Desinfektionsmittelgebrauchslösungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Dosiertabelle vorhanden?	wenn ja, <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Dosierhilfe vorhanden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ansatz der Gebrauchslösung entsprechend der Herstellerangaben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Aufbereitung der Reinigungsutensilien (z.B. Wischtücher zur Desinfektion)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verwendung von Einwegmaterial?	(s. Punkt 17. Wäsche)	
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

15. Trinkwasserinstallation und wasserführende Systeme

Mobile Behandlungsgeräte? (z.B. Chirurgie-Geräte, Implantations-Geräte, Koffergeräte für Alten- und Behindertenheime)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anzahl:		
Hersteller:		

15.1 Behandlungseinheiten ohne Anschluss an die Trinkwasserinstallation

<input type="radio"/> Ohne Wasser	Anzahl:
<input type="radio"/> Mit Wasservorratsbehälter („Bottle-System“)	Anzahl:
Verfahren zur Wasserentkeimung: (Bitte näher bezeichnen)	
Letzte Wartung der Behandlungseinheiten am:	
Hygienisch-mikrobiologische Prüfung der wasserführenden Systeme?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt (Bitte Untersuchungsbefunde beifügen)
Spülung des Systems am Beginn des Arbeitstages für mind. 2 Min.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Spülung des Systems nach jeder Behandlung für mind. 20 Sek.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung mind. 1x täglich gem. Herstellerangaben (z.B. am Ende des Arbeitstages)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Produkt/Konzentration:	
Äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Produkt/Konzentration:	
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen (wie Urlaubszeiten) gem. Herstellerangaben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

15.2 Behandlungseinheiten mit Anschluss an die Trinkwasserinstallation

<input type="radio"/> Ohne Wasserentkeimungsanlage	Anzahl:
<input type="radio"/> Mit Wasserentkeimungsanlage	Anzahl:
Verfahren zur Wasserentkeimung: (Bitte näher bezeichnen)	
Trennung der wasserführenden Systeme von der Trinkwasserinstallation über einen Systemtrenner gem. DIN EN 1717 bzw. DVGW-Prüfung belegt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
Letzte Wartung am:	
Hygienisch-mikrobiologische Prüfung der wasserführenden Systeme?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt (Bitte Untersuchungsbefunde beifügen)
Spülung des Systems am Beginn des Arbeitstages für mind. 2 Min.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Spülung des Systems nach jeder Behandlung für mind. 20 Sek.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung mind. 1x täglich gem. Herstellerangaben Produkt/Konzentration:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Äußerliche Desinfektion der Schläuche und Kupplungen der Absauganlage im Griffbereich nach jedem Patienten? Produkt/Konzentration:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Austausch der Absaugkanülen nach jedem Patienten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desinfektion und Reinigung der Absaugung vor Nutzung nach längeren Behandlungspausen (wie Urlaubszeiten) gem. Herstellerangaben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

16. Personalschutz

Betriebsärztliche/arbeitsmedizinische Betreuung vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein wenn ja, Name und Anschrift:
Tragen von Berufskleidung (Dienstkleidung)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Getrennte Aufbewahrung von Berufs- und Privatkleidung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wird persönliche Schutzkleidung bedarfsorientiert getragen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind im Hygieneplan Festlegungen getroffen zum Tragen von	
Mund-Nasenschutz?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Atemschutzmaske zum Schutz von aerogen übertragenen Infektionserregern (FFP2-Maske)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schutzbrillen/Kopfhauben?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unsterilen Schutzhandschuhen (und wann sie zu wechseln sind)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sterilen Schutzhandschuhen (und wann sie zu wechseln sind)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Doppelten Schutzhandschuhen (z.B. bei infektiösen Patienten)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Desinfektionsmittelbeständigen Schutzhandschuhen (z.B. bei der Instrumentenaufbereitung)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

17. Wäsche

Aufbereitung von Berufskleidung	<input type="radio"/> Fremdfirma	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Praxis	
Aufbereitung von Wischtüchern für die Desinfektion	<input type="radio"/> Einmaltücher	<input type="radio"/> Fremdfirma	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Praxis
Ist die Fremdwäscherei darüber informiert, dass es sich möglicherweise um kontaminierte Wäsche handelt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor? (z.B. gem. RKI-/VAH-Listung, RAL-Hygienezeugnis RAL-GZ 992/2)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Falls die Aufbereitung in der Praxis/im privaten Bereich erfolgt: Liegt ein Wirksamkeitsnachweis für das verwendete Waschverfahren vor? (z.B. gem. RKI-/VAH-Listung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
Werden Tücher/Möppe, die für Desinfektionszwecke verwendet werden, falls hier keine Einmalprodukte verwendet werden, getrennt von solchen aufbereitet, die zur Reinigung eingesetzt werden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		

Bearbeitung der Checkliste

Datum:	
Beantwortet von:	
Funktion in der Praxis:	
Unterschrift:	