

## Checkliste für die Verordnung BGBl 141 – Unbedenklichkeitsnachweis

Anschrift des Betriebes:

Datum u. Uhrzeit der Überprüfung:

Anwesende Personen:

|                          | Abnahmestelle | Arbeit | gereinigt | desinf. |
|--------------------------|---------------|--------|-----------|---------|
| Mikrobiologische Probe 1 |               |        |           |         |
| Mikrobiologische Probe 2 |               |        |           |         |

|   | Erfüllt<br>3Pkt. | teilw.<br>erfüllt<br>2Pkt. | nicht<br>erfüllt<br>1Pkt. | nicht<br>möglich<br>3Pkt. |
|---|------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. Sind schriftliche Einwilligungserklärungen laut §2(1) vorhanden  |                  |                            |                           |                           |
| 2. Sind die schriftlichen Bestätigungen über die Risikoauflklärung vorhanden  |                  |                            |                           |                           |
| 3. Erste-Hilfe-Ausstattung vorhanden  |                  |                            |                           |                           |
| 4. Ruheraum vorhanden   |                  |                            |                           |                           |
| 5. Werden die Dokumente laut §5 in einer Ablichtung dem Kunden übergeben  |                  |                            |                           |                           |
| 6. Betriebstätten sind sauber u. instandgehalten  |                  |                            |                           |                           |
| 7. Reinigung u. Desinfektion der Betriebstätten möglich   |                  |                            |                           |                           |
| 8. Eingriffsraum: gibt es hier nur leicht zu reinigende und leicht zu desinfizierende Materialien   |                  |                            |                           |                           |
| 9. Genügend Handwaschbecken (warm, kalt) und Toiletten  |                  |                            |                           |                           |
| 10. Hygienekomplettausstattung bei den Waschbecken (Seifenspender u. Armbed., Händedesinfektion u. Armbed., abdeckbare Abwurfmöglichkeit für Einmalhandtücher, Einmalhandtücher, gelistete Mittel |                  |                            |                           |                           |
| 11. Waschbecken in unmittelbarer Nähe des Arbeitsplatzes ohne Kontaminationsgefahr  |                  |                            |                           |                           |
| 12. Angemessene Umkleidemöglichkeiten   |                  |                            |                           |                           |
| 13. Abtrennung des Eingriffsraumes von den anderen Bereichen  |                  |                            |                           |                           |
| 14. Eigener Raum für die Instrumentenaufbereitung   |                  |                            |                           |                           |
| 15. Keine Tiere im Eingriffsraum  |                  |                            |                           |                           |
| 16. Sanitärbereiche erfüllen allgemeine Anforderungen an Hygiene  |                  |                            |                           |                           |
| 17. Geeignetes Hautdesinfektionsmittel vorhanden  |                  |                            |                           |                           |
| 18. Werden Einmalrasierer verwendet   |                  |                            |                           |                           |
| 19. Arbeitskleidung vorhanden   |                  |                            |                           |                           |
| 20. Sterile Einmalhandschuhe vorhanden  |                  |                            |                           |                           |
| 21. Sterile Unterlage für Gerätschaften vorhanden   |                  |                            |                           |                           |
| 22. Haarschutz vorhanden  |                  |                            |                           |                           |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 23. Implantate: steril, nicht allergisierend, nicht toxisch                       |  |  |  |  |
| 24. Geeignete Vorrichtungen zum Reinigen, Desinfizieren, Sterilisation            |  |  |  |  |
| 25. (Wegwerfspateln vorhanden)  |  |  |  |  |
| 26. Kunststoffspateln vorhanden   |  |  |  |  |
| 27. Arbeitsgeräte sterilisierbar  |  |  |  |  |
| 28. Heißluft bzw. Dampfsterilisator vorhanden                                     |  |  |  |  |
| 29. Chemischer Indikator bei jedem Sterilisationsvorgang vorhanden und eingesetzt |  |  |  |  |
| 30. Jährliche Prüfung durch biologischen Indikator durchgeführt                   |  |  |  |  |
| 31. Geeignetes Verpackungsmaterial für Sterilisation vorhanden                    |  |  |  |  |
| 32. Staubgeschützte Lagerung von sterilisierten Gerätschaften                     |  |  |  |  |
| 33. Jährliche thermoelektrische Messung durchgeführt                              |  |  |  |  |
| 34. Kontrollbuch für Sterilisator vorhanden                                       |  |  |  |  |
| 35. Sterilisationsprotokoll vorhanden   |  |  |  |  |
| 36. Einmalhandschuhe und Schutzbrillen vorhanden                                  |  |  |  |  |
| 37. Wasserundurchlässige Verbände vorhanden                                       |  |  |  |  |
| 38. Steriles Verbandsmaterial vorhanden   |  |  |  |  |
| 39. Geeignetes Flächendesinfektionsmittel für die Wischdesinfektion vorhanden     |  |  |  |  |
| 40. Werden nur Einmalwischtücher verwendet  |  |  |  |  |
| 41. Reinigungs- und Desinfektionspläne vorhanden (schriftlich)                    |  |  |  |  |
| 42. Kontrollliste für den Reinigungs- und Desinfektionsplan vorhanden             |  |  |  |  |
| 43. Eingriffsdokumentation vorhanden  |  |  |  |  |
| 44. Sicherstellung der Überweisung auch nachts                                    |  |  |  |  |
| 45. Sterile Einmaltupfer für die Hautdesinfektion vorhanden                       |  |  |  |  |
| 46. Schulungsnachweise vorhanden  |  |  |  |  |

|                                  |  |                   |  |                        |
|----------------------------------|--|-------------------|--|------------------------|
| Punkte                           |  |                   |  |                        |
| Erreichte Punkteanzahl insgesamt |  |                   |  |                        |
| Maximalpunkteanzahl: 138         |  |                   |  | Mindestpunktezahl: 103 |
| Bemerkungen:                     |  |                   |  |                        |
|                                  |  |                   |  |                        |
| Auflagen:                        |  | Zu erledigen bis: |  | Erledigt:              |
|                                  |  |                   |  |                        |

Ergebnis: annehmbar  bedingt annehmbar  nicht annehmbar   
Der Durchführungsnachweis der Begehung wird durch die Bundesinnung der Fußpfleger, Kosmetiker und Masseure an die zuständigen Behörden übermittelt.  
Hinterlegte Bereiche müssen erfüllt werden.

Unterschrift Hygienicum:.....