

Selbstauskunft stationärer Pflegeeinrichtungen

Allgemeine Angaben		
Name und Anschrift der Einrichtung		
Kontaktdaten	Telefonnummer	
	Faxnummer	
	E-Mail	
Name und Anschrift des Trägers (Genaue Firmenbezeichnung für Rechnungsstellung)		
Einrichtungsleitung		
Name	Telefonnummer	E-Mail
Pflegedienstleitung		
Name	Telefonnummer	E-Mail
stellv. Pflegedienstleitung		
Name	Telefonnummer	E-Mail
Hauswirtschaftsleitung		
Name	Telefonnummer	E-Mail
Hygienebeauftragte/r (Hauptverantwortliche/r)		
Name	Telefonnummer	E-Mail
Hygienefachkraft		
Name	Telefonnummer	E-Mail

Bewohner / Anzahl									
Pflegeplätze (gesamt)					Pflegeplätze aktuell belegt				
Kurzzeitpflege	Ja	Nein	Anzahl:		Eingestrent		Ja	Nein	
Tagespflege				Ja		Nein	Anzahl		
Betreutes Wohnen				Ja		Nein	Anzahl		

Bereiche	Anzahl	Wohnbereich
Pflegebäder		
Ausweichzimmer / Krisenzimmer		
Entsorgungsraum (Zentral / Wohnbereich)		
Bereiche	Anzahl	
Einzelzimmer		
Doppelzimmer		
Speiseräume		
Verabschiedungsraum		

Beschäftigte / Pflege					
Anzahl Pflegekräfte				davon Pflegefachkräfte	
Poolspringer (Einrichtungsübergreifender Einsatz)					Ja
Zeitarbeitskräfte					Ja
Name des Dienstleisters:					

Hygienefortbildungen - Pflegepersonal					
	Intern		Extern		
Dienstleister bzw. durchgeführt von:					
Letzte Fortbildung am:					
Belehrung gemäß § 43 IfSG			Jährlich		Alle 2 Jahre
Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen					

Beschäftigte / Reinigungskräfte			
	Interne Mitarbeiter		Externe Mitarbeiter
Name des Dienstleisters:			

Hygienefortbildungen - Reinigungskräfte			
	Intern		Extern
Dienstleister bzw. durchgeführt von:			
Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen			

Hygienefortbildungen - Hauswirtschaftskräfte					
	Intern		Extern		
Dienstleister bzw. durchgeführt von:					
Letzte Fortbildung am:					
Belehrung gemäß § 43 IfSG:			Jährlich		Alle 2 Jahre
Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen					

Verpflegung			
	Intern		Extern
Name des Dienstleisters:			

Wäscheaufbereitung				
Aufbereitung in der Einrichtung			Ja	Nein
Aufbereitung von:				
	Flachwäsche			
	Bewohnerwäsche			
	Wischbezüge			
	Sonstiges (z. B. Gardinen, Duschvorhänge):			
Desinfektionsvollwaschmittel (Produkt):				
Aufbereitung außerhalb der Einrichtung			Ja	Nein
Name des Dienstleisters:				
Aufbereitung von:				
	Flachwäsche			
	Bewohnerwäsche			
	Wischbezüge			
	Sonstiges (z. B. Gardinen, Duschvorhänge):			

Arbeitskleidung				
Ist die Arbeitskleidung des Pflegepersonals bei 60°C waschbar?		Ja		Nein
Erfolgt ein täglicher Wechsel?		Ja		Nein
Erfolgt eine Trennung im Spind zwischen Privat/Dienstkleidung?		Ja		Nein
Von wem wird die Arbeitskleidung gestellt?				
	Arbeitnehmer		Arbeitgeber	
Wenn die Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gestellt wird, wie erfolgt die Ausgabe?				
	personalisiert (z. B. gepatcht)		anonymisiert (z. B. sortiert nach Größen)	
Wird Wechselkleidung vorgehalten?		Ja		Nein
Wie erfolgt die Aufbereitung?				
	Arbeitnehmer		Arbeitgeber	
Wenn die Aufbereitung durch den Arbeitgeber erfolgt, wie erfolgt die Aufbereitung?				
	Intern		Extern	
Name des Dienstleisters:				

Hygieneplan							
Hygieneplan vorhanden?					Ja		Nein
	Digital		Schriftform (Verfügbarkeit, z. B. Dienstzimmer)				
Angepasst auf lokale Begebenheiten?					Ja		Nein
Zuletzt aktualisiert am:							
Dokumentierte Personaleinweisung in den Hygieneplan?					Ja		Nein

Hygienebeauftragte/r					
Fachbereich	Anzahl	Letzte Fortbildung	Stundenanteil pro Woche festgelegt?		
			Nein	Ja	Stunden
Pflege					
Hauswirtschaft					
Reinigung					
Andere					
Qualifikation vorhanden? (Entsprechender Nachweis als Anlage beifügen)				Ja	Nein
Durchführung interner Hygienebegehungen?				Ja	Nein
Häufigkeit:		Letzte Begehung:			
Durchführung interner Fortbildungen?				Ja	Nein
Häufigkeit:					

Hygienefachkraft					
Vertragliche Regelung				Ja	Nein
Durchführung interner Hygienebegehungen?				Ja	Nein
Häufigkeit:		Letzte Begehung:			
Durchführung interner Fortbildungen?				Ja	Nein
Häufigkeit:					

Bewohnerstruktur / Risikoverteilung / Devices				
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)		Ja		Nein
Trachealkanüle		Ja		Nein
Harnableitende Systeme (Dauerkatheter, suprapubischer Blasenkatheter)		Ja		Nein
Bewohner mit Wunden/Dekubitus		Ja		Nein

Bewohner mit besonderen Erregern				
Erreger	Anzahl	Wohnbereich	Lokalisation (Nasen-Rachen, Leiste, Wunde etc.)	
MRSA				
VRE				
Clostridioides difficile				
Erreger	Anzahl	Wohnbereich	Lokalisation (Nasen-Rachen, Leiste, Wunde etc.)	Erreger (z. B. E.coli, P.aeruginosa)
3 MRGN				
4 MRGN				

Ausbruchsgeschehen				
Ausbruchsgeschehen im Vorjahr?		Ja		Nein
Dokumentation vorhanden?		Ja		Nein
Art des Ausbruchs:				

Desinfektionsmittel						
Händedesinfektionsmittel						
Händedesinfektionsmittel (Produkt):						
Wirkpektrum		Begrenzt viruzid		Begrenzt viruzid PLUS		Viruzid
Wenn nur begrenzt viruzid ausgewählt wurde, welches Produkt wird für Noro-, Rota- und Adenoviren vorgehalten:						
Wirkpektrum		Begrenzt viruzid PLUS		Viruzid		

Hautantiseptikum	
Produkt:	

Flächendesinfektionsmittel						
Flächendesinfektionsmittel (Produkt):						
Wirkspektrum		Begrenzt viruzid		Begrenzt viruzid PLUS		Viruzid
Bereitstellung						
	Gebrauchsfertige Tücher:					
	Tuchspendersysteme:					
	Sonstiges:					
Wenn nur begrenzt viruzid ausgewählt wurde, welches Produkt wird für Noro-, Rota- und						
Adenoviren vorgehalten:						
Wirkspektrum		Begrenzt viruzid PLUS			Viruzid	
Bereitstellung						
	Gebrauchsfertige Tücher:					
	Tuchspendersysteme:					
	Sonstiges:					
Clostridioides difficile wirksame Flächendesinfektionsmittel (Produkt):						
Desinfektionstücher						
	Gebrauchsfertige Tücher:					
	Tuchspendersysteme:					
	Sonstiges:					

Betriebsärztliche Betreuung
Betreuung durch (Name, Anschrift):

Fachärztliche Betreuung
Dermatologe (Name, Anschrift):

Kooperation mit externen Dienstleistern
Externe Dienstleister mit Kontaktdaten als Anlagen beifügen (z. B. Fußpflege, Friseur, Physiotherapeuten, Schädlingsbekämpfer)

Datum	Name	Funktion
-------	------	----------