

## 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	Telefonnumme	r	E-Mail							
Pflegedienstleitung										
Name	r	E-Mail								
stelly	v. Pflegedienstleitung	g								
Name	Telefonnumme	r	E-Mail							
Hau	uswirtschaftsleitung									
Name	Telefonnumme	r	E-Mail							
Hygienebeauftragte/r (Hauptverantwortliche/r)										
Name	Telefonnumme	r	E-Mail							
	Hygienefachkraft									
Name	Telefonnumme	r	E-Mail							

			Bewohn	er / An	zahl					
Pflegeplätze (ges	amt)			Pfle	geplätze	e aktue	ll bele	gt		
Kurzzeitpflege	Ja	a Neir	Anzahl:		Eing	estreut			Ja	Nein
Tagespflege					Ja	n Nein		An	zahl	
Betreutes Wohn	en				Ja	a Nein			zahl	
	Berei	cho		Anzahl				Wohnbereich		
Pflegebäder	Deren				Alize	4111		•		
Ausweichzimmer / Krisenzimmer										
			ch)							
Enteorgangoraa	Entsorgungsraum (Zentral / Wohnbereich)  Bereiche						Anzał	nl		
Einzelzimmer										
Doppelzimmer										
Speiseräume										
Verabschiedungsraum										
voi aboonio a anni										
			Beschäfti	gte / P	eflege					
Anzahl Pflegekra	äfte			davo	on Pfleg	jefachk	räfte			
Poolspringer (Ein	richtungsi	übergreifender	Einsatz)					Já	a	Nein
Zeitarbeitskräfte	!							Já	a	Nein
Name des Diens	stleister	s:								
			fortbildun	gen - F	Pflegep	ersona	al			
Intern	Ext	tern								
Dienstleister bzv	v. durch	ngeführt vo	on:							
Letzte Fortbildur	Letzte Fortbildung am:									
Belehrung gemä	iß § 43	IfSG	Jährlic	h		Alle 2 Ja	ahre			
Dokumentierte F	ortbild	ungsinhalt	e: Als Anla	ge bei	ifügen					

Interne 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:		Beschäftigte / Reinigungskräfte									
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		Interne	Mitar	beiter	E	Externe Mitarbe	iter				
Intern	Nam	e des Di	enstle	eisters:							
Intern											
Intern											
Intern											
Dienstleister bzw. durchgeführt von:    Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen				Hygien	efortb	oildungen - Re	inigun	gskräfte			
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		Intern		Extern							
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	Dien	stleister	bzw.	durchgeführt	von:						
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											
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											
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	Doku	umentier	te Fo	rtbildungsinh	alte: <b>A</b>	ls Anlage beif	ügen				
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		Dokumentono i ortolicangolimatio. Ale Alliage bellagen									
Dienstleister bzw. durchgeführt von:  Letzte Fortbildung am:  Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern		Hygienefortbildungen - Hauswirtschaftskräfte									
Letzte Fortbildung am:  Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern		Intern		Extern							
Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern	Dien	stleister	bzw.	durchgeführt	von:						
Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern											
Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern											
Belehrung gemäß § 43 IfSG: Jährlich Alle 2 Jahre  Dokumentierte Fortbildungsinhalte: Als Anlage beifügen  Verpflegung  Intern Extern	Letzt	te Fortbil	dung	am:							
Verpflegung Intern Extern						Jährlich		Alle 2 Jahre			
Intern Extern	Doku	umentier	te Fo	rtbildungsinh	alte: A	ls Anlage beif	ügen				
Intern Extern											
		Verpflegung									
Name des Dienstleisters:		Intern		Extern							
Traine des Bistististots.	Nam	e des Di	enstle	eisters:							

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

	Arbeitskleidung									
lst d	ie Arbeitsklei	dung	des Pflegepersonals	bei 60	)°C waschbar?		Ja		Nein	
Erfo	lgt ein täglich	er We	echsel?				Ja		Nein	
Erfo	Erfolgt eine Trennung im Spind zwischen Privat/Dienstkleidung?						Ja		Nein	
Von	Von wem wird die Arbeitskleidung gestellt?									
	Arbeitnehmer				Arbeitgeber					
Wer	Wenn die Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gestellt wird, wie erfolgt die Ausgabe?									
	personalisiert (z. B. gepatcht)				anonymisiert (z. B. sortiert nach Größen)					
Wird	Wird Wechselkleidung vorgehalten?				Ja				Nein	
Wie	erfolgt die Au	ıfbere	itung?							
	Arbeitnehm	er			Arbeitgeber					
Wer	n die Aufber	eitung	durch den Arbeitgeb	er erf	olgt, wie erfolgt o	die Au	fbereitu	ing?		
	Intern		Extern							
Nam	Name des Dienstleisters:									

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

Hygienebeauftragte/r										
Fachbereich	Anzahl	Lotato Fortbildu	duna	Stundenanteil pro Woche festgelegt?						
Facilibereion	Alizalii	l Letzte Fortbildu		Nein	Ja	a	Stu	nden		
Pflege										
Hauswirtschaft										
Reinigung										
Andere										
Qualifikation vorh	anden? (⊑	ntsprechender Nachweis	als Aı	nlage beifügen)		Ja		Nein		
Durchführung inte	erner Hygi	enebegehungen?				Ja		Nein		
Häufigkeit:			Let	etzte Begehung:						
Durchführung interner Fortbildungen?								Nein		
Häufigkeit:										

	Hygienefachkraft									
Vertragliche		Ja		Nein						
Durchführur		Ja		Nein						
Häufigkeit:		Letzte Begehung:								
Durchführur	Durchführung interner Fortbildungen?					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											
Erre	eger	Anzahl	Wohnbereich	Lokalisation (Nasen-Rachen, Leiste, Wunde etc.)								
MRSA												
VRE												
Clostridioid	Clostridioides difficile											
Erreger	Anzahl	Wohnberei	cn I	(alisation n, Leiste, Wunde etc.)	Erreger (z. B. E.coli, P.aeruginosa)							
3 MRGN												
4 MRGN												

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

Desinfektionsmittel								
Händedesinfektionsmittel								
Händedesinfektionsmittel (Produkt):								
Wirkspektrum	В	egrenzt viru	enzt viruzid Begrenzt viruzid PLUS					Viruzid
Wenn nur begre	enzt viru	zid ausgewa	ählt w	urde, v	welche	s Produkt wird für N	Noro-,	Rota- und
Adenoviren vorgehalten:								
Wirkspektrum	В	egrenzt viru	enzt viruzid PLUS Viruzid					

Hautantiseptikum						
Produkt:						

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

Betriebsärztliche Betreuung						
Betreuung durch (Name, Anschrift):						
Fachärztlich	ne Betreuung					
Dermatologe (Name, Anschrift):						
Kooperation mit externen Dienstleistern						
Externe Dienstleister mit Kontaktdaten als Anlagen beifügen (z. B. Fußpflege, Friseur, Physiotherapeuten, Schädlingsbekämpfer)						
(2. B. 1 displiege, i lisedi, Friysiotilerapeuteri, Schadiirigsbekar	пірієї)					
Datum Name	Funktion					