

Kopfbogen des jeweiligen  
Gesundheitsamtes

**Einrichtungen der Medizinischen Fußpflege / Podologie**

Begehungsprotokoll auf der Grundlage des § 36 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20.07.2000:

Einrichtung (Name, Anschrift):	
Tel./Fax:	
Anzahl, Qualifikation der Mitarbeiter:	
Tätigkeitsbereich: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> in eigener Einrichtung / Praxisräumen</li> <li><input type="checkbox"/> Hausbesuche in Privatwohnungen</li> <li><input type="checkbox"/> Behandlungen am Patientenbett in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen u. ä.</li> <li><input type="checkbox"/></li> </ul>	
Datum:	Uhrzeit:
Teilnehmer (Name, Funktion):	

**Räumliche Gegebenheiten<sup>\*)</sup> und Raumausstattung** (nur bei Erstbegehung)

<sup>\*)</sup> Abhängig von der Größe der podologischen Praxis kann u. U. ein funktionell getrennter Bereich ausreichen. In diesem Abschnitt ist somit „Raum“ synonym mit „Bereich“ zu sehen, sofern eine ausreichende funktionelle Trennung gegeben ist.

	ja	nein	Bemerkungen
Räumlich getrennte/abgeschlossene Praxis ≥ 25 m <sup>2</sup> Nutzungsfläche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Behandlungsräume / Kabinen</b>	<b>Anzahl: ___</b>		
angemessene Lüftungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fenster, <input type="checkbox"/> RLT-Anlage
Wisch- und Desinfizierbarkeit von Wänden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fußboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitsflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handwaschbecken im Behandlungsraum mit Ausstattung nach TRBA 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geeigneter Behandlungsstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Möglichkeit zur Fußwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Becken, <input type="checkbox"/> Schüssel, <input type="checkbox"/> _____
Instrumentenaufbereitung in separatem Raum mit Trennung rein / unrein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spüle / Ausguss vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raum für Putzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entsorgungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personal- und Kundenentoilette getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wartezone/-raum mit ausreichend großer Garderobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufenthaltsraum Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personalumkleideraum mit schwarz-weiß Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Allgemeine Voraussetzungen/Hygienemanagement**

	ja	nein	Bemerkungen
Hygieneplan vorhanden und aktuell für alle einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ ggf. Festlegung zu Hausbesuchen
Reinigungs- und Desinfektionsplan vorhanden für alle einsehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mind. jährliche Belehrungen der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Verwendete Desinfektionsmittel / -verfahren (außer Medizinprodukte – Aufbereitung)**

Anwendungsbereich	Präparat / Verfahren	VAH - gelistet	Konzentration / Einwirkzeit
Hände		<input type="checkbox"/>	
Haut		<input type="checkbox"/>	
Flächen		<input type="checkbox"/>	
Fußboden		<input type="checkbox"/>	
Wäsche		<input type="checkbox"/>	

**Anforderungen an die Tätigkeit, Reinigung und Desinfektion**

	ja	nein	Bemerkungen
<b>Händehygiene</b> Flüssigseife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittel: _____
Desinfektionsmittel in Spender originalverpackt (kein Umfüllen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandtücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautpflegemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Flächendesinfektion</b> als Wischdesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprühdesinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch v. Dosierhilfen f. Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
potentielle Kontaktflächen nach jedem Kunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nutzung von Einmalunterlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fußbodenreinigung</b> arbeitstäglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonst. Frequenz: _____
durch Fremdpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Handwaschbecken</b> Reinigung täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonst. Frequenz: _____
Desinfektion nach Kontamination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gebrauchsgegenstände</b> Personal erklärt hyg. korrekte Reinigung, Desinfektion und Befüllung von Schüsseln, Fußbadewannen u. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ nicht in Gebrauch
sonst. wiederbefüllbaren Behältnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mehrdosisbehältnisse</b> hyg. korrekter Umgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Kundenberatung / -aufklärung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ mit Dokumentation

**Wäsche**

	ja	nein	Bemerkungen
Sammlung in Wäschesäcken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufbereitung in Fremdwäscherei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wäscherei: _____
Waschmaschine in Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Abfall**

	ja	nein	Bemerkungen
Abfalleimer direkt an jedem Arbeitsplatz leicht zu reinigen / desinfizieren mit Müllbeutel versehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entsorgung ohne Umfüllen von Abfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
durchstichsichere Behälter für spitze / scharfe Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Aufbereitung von Medizinprodukten**

	ja	nein	Bemerkungen
Instrumente ausreichend vorhanden (mind. fünf Sets der am häufigsten verw. Instrumente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einstufung der MP nach Risikogruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schriftliche Arbeitsanweisung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Reinigung und Desinfektion</b>			
Desinfektion ist viruzid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einsatz von Ultraschallbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelm. Wartung und Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
maschinelle Aufbereitung (RDG):			
thermisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
chemothermisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittel: _____
Mittel ist VAH gelistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzentr./Einwirkzeit:
regelm. Wartung und Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manuelle Aufbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sterilisation</b>			
erfolgt in Dampfsterilisator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sterilgutverpackung: _____
mit Chargen- / Freigabekontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerät: _____
mit Dokumentation in Freigabebuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sterilisator wird halbjährlich / je 400 Chargen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zuletzt am: _____
mit Bioindikatoren überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelm. Wartung und Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
validierte Verfahren für Reinigung/ Desinfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sterilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lagerung</b> aufbereiteter Instrumente			
in Sets verpackt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
einzel in Sterilverpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
unverpackt, staubgeschützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektr. Geräte etc. vor Kontamination geschützt bzw. nach Anwendung wisch-/ sprühdesinfiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bei Hausbesuchen**

	ja	nein	Bemerkungen
auch semikritische Instrumente werden verpackt transportiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl mitgenommener Instrumenten-Sets entspricht Klientenzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mitnahme von stich- und bruch sicheren Abwurfbehältnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Personalschutz, Arbeitsmedizinische Vorsorge**

	ja	nein	Bemerkungen
Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mund-Nasen-Schutz/Atemschutzmaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Sonstiges**

---



---



---



---