



Checkliste
zur Überprüfung von Arztpraxen
Gynäkologie

1. Allgemeine Angaben

Einrichtung	
Anschrift	

1.1	Organisationsform	Praxis	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>
		Praxisgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Praxisklinik	<input type="checkbox"/>

1.2	Personal	Inhaber/ Ärztlicher Leiter	
		Zahl (angestellte) Ärzte	
		Zahl MFA	
		davon abgeschlossene Ausbildung	

1.3	Überprüfung	Überprüfungsdatum	
		Überprüfungsdauer	
		Teilnehmer Einrichtung	
		Teilnehmer RGU-HU-IHM	
		Sonstige	

	Erstmalige Überprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Nachkontrolle / Wiederholungsüberprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

1.4	Leistungsspektrum	Anzahl Patientinnen/Quartal		
		Gynäkologische Untersuchungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Transvaginaler Ultraschall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Postoperative Nachsorge / Wundversorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Legen / Entfernen von IUPs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Punktionen (Mamma, Amniozentese)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Sonstige:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2. Infektionshygienische Überprüfung

2.1	Baulich-funktionelle Voraussetzungen		
2.1.1	Vorliegen von Untersuchungszimmern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl		
2.1.2	Hygienegerechte Ausstattung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.1.2.1	Flächendesinfizierbare Oberflächen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.1.2.2	Händewaschplätze gem. TRBA 250 (und KRINKO-Vorgaben)		
	Untersuchungsräume	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Medizinprodukteaufbereitungsraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Personaltoilette(n)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.1.2.3	Getrennte Personaltoilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.1.3	Separater Medizinprodukteaufbereitungsraum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
	wenn nein, sonstige Nutzung		

2.2	Hygienemanagement / allgemeine Hygiene		
2.2.1.1	Externe Betreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Name		
	Anschrift		
2.2.1.2	Hygienebeauftragte MFA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kurs absolviert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schriftlich benannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.2.2	Vorliegen eines Hygieneplans	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	angepasst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.2.3	Vorliegen eines Reinigungs- und Desinfektionsplans	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	angepasst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.2.4	Dokumentierte Personaleinweisung in Hygieneplan und RDP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.2.5	Tragen von Schmuck / Uhren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lange / künstliche Fingernägel / Nagellack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.3	Vorhaltung von Desinfektionsmitteln		
2.3.1	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Produkt		
	VAH-Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Originalgebinde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		Beschriftung mit Anbruchsdatum	

2.3.2	Hautantiseptikum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Produkt			
	VAH-Liste		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Originalgebinde		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum	Beschriftung mit Anbruchsdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.3.3	Schleimhautantiseptikum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Produkt			
	VAH-Liste		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Originalgebinde		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum	Beschriftung mit Anbruchsdatum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.3.4	Flächendesinfektionsmittel		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Produkt			
	VAH-Liste		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ablaufdatum			
2.3.5	Die vorgehaltenen Desinfektionsmittel stimmen mit dem Hygieneplan überein		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.4	Umgang mit Medizinprodukten			
2.4.1	Aufbereitung			
2.4.1.0	Einmal-IUP-Sets		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstige Einmalinstrumente		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalspekula		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.1	Risikobewertung vorhanden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Korrekt gem. KRINKO		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.2	Schriftliche SOP's		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.3	Aufbereitung durch qualifiziertes Personal		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sachkundenachweis		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.4	Schriftliche Festlegung von Zuständigkeiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.5	Angewendete Aufbereitungsverfahren			
	semikritisch A (Spekula)	<input type="checkbox"/> manuell	<input type="checkbox"/> maschinell	
	Andere Instrumente/ Kritisch A / B siehe Checkliste Medizinprodukteaufbereitung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.6	Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gerätename			
	Einsatz validierter Verfahren		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Jährliche Revalidierung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Jährliche Wartung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tägliche Routinekontrolle / Checkliste (laut Validierungsbericht) Füllstände, Flusensieb, Pumpensumpf, Dreharme, Andocksysteme, Sichtkontrolle Innenraum RDG		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kontrolle Reinigungsleistung (TOSI) / Proteinrestbestimmung (laut Validierungsbericht)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ggf. mikrobiologische Überprüfung		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.1.7	Sterilisator		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Dampfkleinsterilisator		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	4	Seite 3 von 8

	Klasse							
	Gerätename							
	Einsatz validierter Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Jährliche Revalidierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	DIN-Konformität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
2.4.1.8	Manuelle Aufbereitung / Reinigung und Desinfektion Aufbereitung Spekula							
	Instrumentenreiniger bzw. Kombipräparat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Produkt							
	VAH-Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Ablaufdatum							
	Instrumentendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Produkt							
	VAH-Liste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Begrenzt viruzid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(vorgeschrieben wenn keine nachfolg. Sterilisation)	viruzid	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ablaufdatum							
	Korrekte Dosierung	<input type="checkbox"/>	Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel			
	korrekte Standzeiten vermerkt	<input type="checkbox"/>	Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel			
	Dosierhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Wanne mit Deckel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Bürsten geeignet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Bürsten Einmalmaterial	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Aufbereitung der Bürsten korrekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		(Tauchbad-Desinfektion täglich)			
	Einsatz Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Deckel vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Nachspülen mit TW	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Trinkwasseruntersuchung incl. Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Trocknung mit geeigneten Tüchern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Defizite							
2.4.1.9	Geeignetes Instrumentenpflegemittel	<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
	Produkt							
2.4.1.10	Semikritisch: offene Sterilisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Sachgerechte Beladung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Regelmäßige z.B. wöchentliche Routinekontrollen (gemäß Validierungsbericht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Arbeitstäggl. Routinekontrolle (gemäß Validierungsbericht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
	Chargenkontrollen - Chemoindikator Klasse 5 (gemäß Validierungsbericht)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
2.4.1.11	Sterilisatorbuch / Chargendokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
2.4.1.12	Dokumentiertes Vorgehen bei Abweichungen im Prozessablauf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
2.4.1.13	Freigabedokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					

2.4.2.	Umgang mit Sterilgut		
2.4.2.1	Mehrfachentnahme von Sterilgut aus einem Container	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.2.2	Sterilgutlagerung geschlossen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.2.3	Verfallsdaten von Sterilgut / Einmalmaterial beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn nein, Liste		
	Bereich	Einmalmaterial / Sterilgut	Haltbarkeit bis

2.4.3	Aktive Medizinprodukte vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.3.1	Blutdruckmessgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Messtechnische Kontrolle (alle 2 Jahre)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.231	Sonographiegerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gerätename		
	Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung Abdominal-/Mamma-Sonden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Präparat	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung Transvaginalultraschallsonden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einsatz von Schutzhüllen nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Präparat/Verfahren	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Maschinelle Aufbereitung Transvaginalsonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.3.2	CTG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gerätename		
	Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung mit: Präparat	VAH-gelistet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.4.2.3		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gerätename		
	Jährliche Wartung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.4.3	BZ-Messgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mehrpersonengerät laut Herstellerangaben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmal-Stechhilfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Als Mehrpersonengerät zugelassene Stechhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.5.	Reinigung / Desinfektion - Flächen		
2.5.1	Flächendesinfektion		
2.5.1.1	Durchführung MFA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Durchführung Reinigungskraft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	4	Seite 5 von 8

2.5.1.2	Korrekte Dosierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.1.3	Korrekte Einwirkzeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.1.4	Korrekte Indikation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.1.5	Sprühdesinfektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bei		
	Ausschließlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.1.6	Einmaltücher	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.2	Reinigung		
2.5.2.1	Durchführung eigenes Personal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Durchführung Firma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Name	Anschrift	
2.5.2.2	Einweisung Reinigungskraft nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5.2.3	Wechsel-Mop-Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.6.	Umgang mit Medikamenten		
2.6.1	Lagerung in verschließbarem / verschlossenem Schrank	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.2	Haltbarkeitsdaten beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn nein, Liste		
	Bereich	Medikament	Verfalldatum
	Anbruchsdatum vermerkt (z.B. Salben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.3	Medikamentenkühlschrank vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Kühlschrankthermometer / Temperaturkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Dokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.4	Mehrdosisbehältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.4.1	Mit Konservierungsstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anbruchsdatum vermerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haltbarkeit beachtet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	mini-spike	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.4.2	Einzeldosisbehältnisse ohne Konservierungsstoffe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.6.4.3	Salben: Entnahme mit Spatel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.5	Zubereitung von Parenteralia – Demonstation (fakultativ)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hygienische Mängel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.6	Notfallkoffer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	4	Seite 6 von 8

	ausgestattet entsprechend „Ulmer Koffer“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Defizite		
2.6.7	Korrekte Aufbewahrung der Rezeptformulare (verschlossen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.6.8	Betäubungsmittel vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, weiter mit Checkliste BtM-Überprüfung allgemein		

2.7.	Abfallentsorgung		
2.7.1	Durchstichsichere Behälter für sharps (LAGA-Schlüssel 18 01 01, LAGA-Gruppe B)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.8.	Arbeitskleidung / Persönliche Schutzausrüstung - allgemein		
2.8.1.1	Arbeitskleidung wird getragen von		
	Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Praxispersonal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.8.1.2	Getrennte Aufbewahrung		
	Arbeits-/Privatkleidung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Saubere / Schmutzwäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.8.2	PSA wird in ausreichender Menge vorgehalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalhandschuhe (Untersuchung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Desinfektionsmittelbeständige Handschuhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Einmalschürzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Schutzbrille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

2.9.	Wäsche		
2.9.1	Praxiswäsche		
	Aufbereitung intern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Desinfizierendes Waschverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Produkt:	Temperatur	
	Desinfektion Trommelauslass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	PSA beim Umgang mit kontaminierter Wäsche (Handschuhe, Einmalschürze)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mikrobiologische Kontrollen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung externe Wäscherei	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Name	Anschrift	
	Gültiges Zertifikat vorliegend	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Aufbereitung im häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Bemerkungen		
2.9.2	Putzuntensilien		
	Aufbereitung korrekt (chemothermisch 60°C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Abschließend maschinelle Trocknung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	4	Seite 7 von 8

3	Mitgeltende Dokumente		
3.1.	Checkliste Medizinprodukteaufbereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.2.	Checkliste Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.3.	Weitere Checklisten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Datum:

Name:
(sachbearbeitende Ärztin)

Unterschrift:

© copyright Referat für Gesundheit und Umwelt – Sachgebiet Infektionshygiene / Medizinalwesen (RGU-HU-IHM)

Erstellt durch:	Freigegeben am:	Version:	
RGU-GS-HU-IHM/ 26, 46	29.08.2016 / 09	4	Seite 8 von 8