



# Fragebogen zur Überprüfung von stationären Pflegeeinrichtungen Mecklenburg – Vorpommern

## I) Teil – Fragebogen

<b>1. Allgemeine Angaben</b>
Einrichtung:
Anschrift:
Telefon / Fax:
Email-Adresse:
Träger:
Überprüfungsdatum:
Name Einrichtungsleiter:

<b>2. Baulich-strukturelle Angaben / Bewohner / Bereiche</b>		
Pflegeplätze gesamt:		
Pflegeplätze aktuell belegt:		
	Anzahl	Besonderheiten
Wohnbereiche (Pflege)		
Beatmungspflege		
Kurzzeitpflege		
Bemerkungen:		

<b>3. Struktur Bewohner / Risikoverteilung</b>		
<b>Bewohner mit</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Besonderheiten</b>
PEG		
TK		
Harnableitende Systeme (Pufi, DK)		
Beatmungspflege		
MRSA		
3MRGN		
4MRGN		
VRE		
Systematische Clostridioides Infektion		
Andere infektiöse Erkrankungen (z.B. Krätzmilben)		
Bemerkungen		

<b>4. Personal- und Betreuungssituation</b>		
<b>Personal – Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte in der Pflege)</b>		
Anzahl:		
Zeitarbeitskräfte	Ja	Nein
Anzahl:		
<b>Personal- Reinigungskräfte</b>		
Anzahl:		
Einrichtungseigenes Personal	Ja	Nein
Externes Personal / Firma	Ja	Nein
Kooperationen mit externen Dienstleistern (z.B. Sanitätshäuser, Wundmanagement...)	Ja	Nein
Bemerkungen:		

<b>5. Hygienemanagement</b>		
<b>Hygienebeauftragte Person (Namen):</b>		
Hygienebeauftragte Person schriftlich benannt	Ja	Nein
Profession	Pflege	Hauswirtschaft
		sonstiges
Qualifikation:		
Jährliche Fortbildung nachvollziehbar	Ja	Nein
Festlegung zeitliche Ressourcen (Umfang?)	Ja	Nein
Bemerkungen:		
<b>Zusammenarbeit mit externen Hygienefachpersonal</b>		
Zusammenarbeit mit Hygienefachpersonal (Qualifikation vorhanden)	Ja	Nein
Hygienefachkraft	Hygienebeauftragte Person	andere
Bemerkungen:		
<b>Durchführung interner Hygienebegehungen</b>		
	Ja	Nein
Häufigkeit:	Durchführende:	
Bemerkungen :		
<b>Hygienekommission (Empfehlung)</b>		
Hygienekommission vorhanden	Ja	Nein
Hygienekommission Mitglieder:		
Beteiligung ext. Hygienefachpersonal	Ja	Nein
Hygienekommissionssitzung	Ja	Nein
Häufigkeit pro Jahr:		
Anlassbezogen	Ja	Nein
Protokolle vorhanden	Ja	Nein

<b>Hygieneplan</b>		
Hygieneplan vorhanden	Ja	Nein
Reinigungs- und Desinfektionsplan vorhanden	Ja	Nein
Hygieneplan aktuell und auf Sachvorhalte vor Ort zugeschnitten	Ja	Nein
Regelmäßige Aktualisierung (jährlich)	Ja	Nein
Verfügbarkeit auf allen Pflegebereichen	Ja	Nein
Dokumentierte Personaleinweisung in den Hygieneplan	Ja	Nein
Bemerkungen:		
<b>Hygienefortbildungen</b>		
Hygienerelevante Schulungen im letzten Jahr	Ja	Nein
Datum:		
Schulungsinhalte:		
Schulungsleiter/in:		
Schulungsnachweise Personal	Ja	Nein
Schulungsnachweise Reinigungsdienst	Ja	Nein
Wer schult Reinigungskräfte?:		
Letzte Händehygieschulung wann und durch wen?:		
Bemerkungen:		
<b>Meldeverfahren / Vorgaben nach IfSG</b>		
Regelung der Meldepflicht bekannt	Ja	Nein
Regelung der Meldepflicht im Hygieneplan verankert	Ja	Nein
Kommunikationswege bekannt (Tel / Fax des GA)	Ja	Nein
Belehrung des Personals mit Lebensmittelkontakt gemäß §§ 42,43 IfSG	Ja	Nein
Bemerkungen:		

<b>6. Wäschehygiene</b>		
Wäschereinigung	Intern	Extern
Flachwäsche	Intern	Extern
Bewohnerwäsche	Intern	Extern
Arbeitskleidung	Intern	Extern
Wischbezüge / Putzlappen	Intern	Extern
Bemerkungen:		

<b>7. Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen / Wartungen / Zertifikate</b>				
Art des Prozesses	Fremdfirma	Letzter Befund / Nachreichung am	Beanstandungen	
			Ja	nein
Steckbeckenautomat(en)				
Geschirrspülmaschine(n)				
RDG (Sterilgut)				
Waschprozess (intern, keimbelastung Maschine / Waschgut, Wäschedesinfektion)				
Desinfektionsmitteldosiergerät(e)				
RAL-Zertifikate (extern Wäscherei)				
Trinkwasser				
Weitere:				
Weitere:				
Bemerkungen:				

## 8. Ausbrüche

Erreger	Beginn	Ende	Anzahl Erkrankte		Interne Bewertung erfolgt	
			Bewohner	Personal	Ja	nein