



Checkliste für invasiv tätige Heilpraktikerpraxen

A. Allgemeine Angaben	
1. Einrichtung/Anschrift:	
2. Räumlichkeiten	
<input type="checkbox"/> Behandlungsraum in Privatwohnung	
<input type="checkbox"/> Angemietete Räume in	
<input type="checkbox"/> Praxisräume	
3. Organisationsform	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Kooperation mit sonstigen Heil-/Heilhilfsberufen	
4. Meldewesen	
<input type="checkbox"/> gemeldet nach Art. 12 Abs. 2 GDVG	
<input type="checkbox"/> Heilpraktikererlaubnis vorliegend (wann und wo erworben?)	
5. Zahl behandelter Patienten pro Woche	
6. Überprüfung	
Erstmalige Überprüfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wiederholungsüberprüfung/Nachkontrolle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überprüfungsdatum	
Überprüfungsdauer	
Teilnehmer Einrichtung:	
Teilnehmer RGU-GS 22:	
B. Strukturqualität/vorliegende Angaben	

1. Personal

Zahl Heilpraktiker	Name	Vorname
Zahl Angestellte	Name	Qualifikation
Zahl freier MA	Name	Qualifikation

2. Leistungsspektrum/invasive Maßnahmen

A) Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen

- Injektionen
- Infusionen
- Neuraltherapie
- klassische Eigenblutbehandlung UVE
- HOT-hämatogene Oxidationstherapie, UVB
- sonstige Blutozonierungsverfahren: _____
- Thymustherapie, Zelltherapie
- Faltenunterspritzung

B) Ausleitverfahren

- Aderlass
- Blutegeltherapie
- Schröpfen
- Blutiges Schröpfen
- Baunscheidtieren

C) Akupunktur (verschiedene Verfahren)

- mit Einmalnadeln
- mit aufbereitbaren Nadeln

D) Weitere Methoden

- Piercing
- Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z. B. mit Laser
- Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation
- Kolonhydrotherapie
- Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)

3. Medizinprodukteinsatz laut schriftlicher Versicherung		
<input type="checkbox"/>	Ausschließlicher Einsatz von Einmalmaterial ohne Aufbereitung	
<input type="checkbox"/>	Aufbereitung folgender Instrumente/Geräte	
4. Hygieneplan/Reinigungs-/Desinfektionsplan		
4.1	Vorliegen eines Hygieneplans Erstellungsdatum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Übereinstimmung der Inhalte des Hygieneplans mit den invasiven Tätigkeiten laut schriftlicher Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Dokumentierte Personaleinweisung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kritische Defizite	
	Sonstige Defizite	
4.2	Vorliegen eines RDP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	angepasst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Defizite:	
5. Räumliche Ausstattung		
5.1	Sprechzimmer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.2	Behandlungsräume	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Zahl:	
	Händewaschplatz gem. RL-RKI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	oder nur Desinfektionsmittelspender	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ausreichend reine Arbeitsflächen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.3	Separater Medizinproduktaufbereitungsraum	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ausreichende Arbeitsflächen/Trennung unreiner von reinen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Händewaschplatz gem. RL-RKI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	oder nur Desinfektionsmittelspender	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Defizite:	
5.4	Patiententoilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.5	Personaltoilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Händewaschplatz gem. RL-RKI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Desinfektionsmittelspender	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Apparativ-technische Ausstattung		
6.1	Desinfektionsmittelwanne mit Deckel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.2	Dosierhilfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.3	Bürsten bei manueller Aufbereitung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6.4	Ultraschallbad	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gerätetyp:	
6.5	Sterilisator	

<ul style="list-style-type: none"> Heißluftsterilisator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gerätetyp/Baujahr:																		
<ul style="list-style-type: none"> Dampfkleinsterilisator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gerätetyp/Baujahr:																		
<input type="checkbox"/> Klasse B <input type="checkbox"/> Klasse S <input type="checkbox"/> Klasse N																		
<ul style="list-style-type: none"> Jährliche Wartung/nach Herstellerangaben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																		
<ul style="list-style-type: none"> 2xjährliche mikrobiologische Überprüfung/alle 400 Chargen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																		
6.6 Sonstige aktive Medizinprodukte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Gerätetyp</th> <th>Baujahr</th> <th>Anwendungsbereich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Gerätetyp	Baujahr	Anwendungsbereich															
Gerätetyp	Baujahr	Anwendungsbereich																
<ul style="list-style-type: none"> Herstellerangaben vorliegend (Wartung/Aufbereitung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein objektiv nachvollziehbare Wartung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																		
6.7 Medizinproduktebestandsverzeichnis vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MP-Buch vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
C. Prozessqualität																		
1. Personalhygiene/-schutz																		
1.1 Korrekte allgemeine Personalhygiene (Nägel, Haare, Schmuck) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Defizite:																		
1.2 Tragen hygienegerechter Berufskleidung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Defizite:																		
1.3 Hygienegerechte Aufbereitung der Berufskleidung(Ort/Verfahren) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Defizite:																		
1.4 Ausreichend vorgehaltene Schutzkleidung																		
<ul style="list-style-type: none"> Handschuhe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Flüssigkeitsdichte Schürzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mund-Nasen-Schutz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 																		
Defizite:																		
1.5 Vorhaltung eines gelisteten Händedesinfektionsmittels <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Präparatname: Ablaufdatum:																		

1.6	Korrekte Entnahme aus Spender	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.7	Verwendung von Einmalgebinden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1.8	Impfnachweise für <ul style="list-style-type: none"> • Heilpraktiker • sonstiges Personal 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2. Umgebungshygiene			
2.1	Vorhaltung eines gelisteten Flächendesinfektionsmittels Präparatname: Ablaufdatum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.2	Korrekte praktische Durchführung (Dosierung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.3	Korrektur Einsatz der Flächendesinfektion <ul style="list-style-type: none"> • Scheuer-Wisch-Desinfektion • Indikation Arbeitsflächen 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
2.4	Sachgerechte Entsorgung von Sharps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.5	Sachgerechte Müllentsorgung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Umgang mit Medikamenten (orale Medikamente, Parenteralia, Infusionslösungen)			
3.1	Vorhalten verschreibungspflichtiger Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.2	Vorhalten abgelaufener Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.3	Korrekte Lagerung kühlpflichtiger Medikamente (Kühlschrank/Temperaturdokumentation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.4	Medikamente/Salben mit Anbruchsdaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.5	Ausschluss Verwendung von Mehrdosisbehältnissen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.6	Geschlossene Lagerung in Schränken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Schutzstufe 2-Tätigkeiten/praktische Hygiene, Prozessanalyse			
4.1	Gelistetes Hautdesinfektionsmittel Patient Präparatname: Ablaufdatum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.2	Vorhalten sterilisierter Tupfer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.3	Vorhalten sterilen Verbandsmaterials	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.4 Injektionen (i.v., i.m.)		
4.5 Infusionen/Mischinfusionen		
4.6 Akupunktur, Nadeln		
4.7 Blutiges Schröpfen		
4.8 Baunscheidtieren		
4.9 Aderlasstherapie		
4.10 Blutegeltherapie		
<ul style="list-style-type: none"> • Gestellte Indikation • Chargendokumentation 		
4.11 Eigenbluttherapie-/Blutozonierungsverfahren angewandtes Verfahren:		
4.12 Kolonhydrotherapie		
4.13 Sonstige Verfahren		
5. Umgang mit Medizinprodukten/praktische Hygiene		
5.1 Ausschließlicher Einsatz von Einmalprodukten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.2 Aufbereitung von Einmalprodukten		
<ul style="list-style-type: none"> • Kanülen, Spritzen • Akupunkturnadeln • Skalpelle/Klingen • Schläuche (Infusionen, Blutozonierungsverfahren) • Ablaufrohr Kolonhydrotherapie 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
5.3 Aufbereitung semikritischer Medizinprodukte		
<ul style="list-style-type: none"> • Schröpfgläser (trockenes Schröpfen) • Saugball (trockenes Schröpfen) • Elektroden, Laserspitzen • Irisdiagnosegerät /Patientenkontaktstellen 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
5.4 Aufbereitung kritischer Medizinprodukte		
<ul style="list-style-type: none"> • Schröpfgläser (blutiges Schröpfen) • Saugball (blutiges Schröpfen) 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein

<ul style="list-style-type: none"> • Schröpfschnepper (blutiges Schröpfen) • Baunscheidtkopf • Quarzgläser (Blutozonierung) 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.5 Vorliegen Risikobewertung/Aufbereitungsvorschriften	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.6 Sachgerechte Vorbereitung/sachgerechter Abwurf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.7 Sachgerechte Reinigung (manuelles Bürsten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.8 Vorhalten eines Reinigers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.9 Sachgerechte Desinfektion	
<ul style="list-style-type: none"> • Tauchbadverfahren • Vorhaltung eines gelisteten Desinfektionsmittels Präparaetname: Ablaufdatum: • Vorhalten eines Kombipräparates Präparaetname: Ablaufdatum: 	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.10 Sterilisationsverfahren ?(siehe auch Punkt 6.5)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.11 Verwendete Sterilgutverpackung	
5.12 Sterilgutverpackung geeignet für eingesetztes Sterilisationsverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.13 Objektiv nachvollziehbare Dokumentation der Aufbereitung (SOP's, Dokumentation Prozessparameter)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.14 Objektiv nachvollziehbare Freigabe sterilisierter Medizinprodukte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5.15 Sachgerechte Medizinproduktelagerung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Plausibilitätskontrolle Verbrauchsmaterialien	
6.1 Desinfektionsmittel	
<ul style="list-style-type: none"> • Händedesinfektionsmittel • Instrumentendesinfektionsmittel • Flächendesinfektionsmittel 	
6.2 Einmalhandschuhe	
6.3 Sonstige Verbrauchsmaterialien	
7. Stichprobe/Dokumentation Patientenbehandlung	

L:\rgu-gs\GS22\Produkte\15 Hygienische Überwachung von Praxen\Allgemein\Listen\Checkliste GS 22 080218 invasiv tätige Heilpraktikerpraxen.doc