

# Beispiel eines Praxisbegehungsprotokolls zur Überprüfung von Heilpraktikerpraxen

## A) Feststellung der praxisüblichen Tätigkeiten und Frequentierung zur Risikoabschätzung

a) Nur Beratungspraxis b) Manuelle Arbeit am Patienten c) Invasive Techniken

## B) Begehung, Sichtung und Kontrolle der Räumlichkeiten:

<b>Trennung des Arbeitsplatzes vom übrigen Raum</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Oberflächen/Boden</b> glatt, wischfest, desinfizierbar	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Behandlungsstuhl / Liege</b> glatte Oberfläche, wischfest, desinfizierbar	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Grundhygiene</b> ausreichend Reinigung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Handwaschgelegenheit</b> im Behandlungsraum	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Seifenspender	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandtücher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Desinfektionsmittelspender Präparat:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>technisches Wasch- / Spülbecken zur Reinigung / Desinfektion der Instrumente</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Toilette</b> für Personal und Patienten getrennt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
mit Waschbecken	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Seifenspender	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandtücher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
keine Lebensmittel in Betriebsräume	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
keine Tiere in Betriebsräume	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
keine Pflanzen in Betriebsräume	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## C) Vorhandensein und Verwendung von Arbeitsgeräte:

<b>Einmalhandschuhe</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Mundschutz</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Tupfer</b> - keimarm	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- sterile Kompressen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Arbeitskleidung</b> (desinf. Reinigung mind. 65°C)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>sterile Materialien zur Wundversorgung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## D) Durchführung der Desinfektion / Sterilisation:

<b>Hautdesinfektion</b> Präparat: gelistet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Händedesinfektion</b> Präparat: gelistet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Flächendesinfektion</b> Präparat: gelistet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>Einlegen in Instrumentendesinfektionsmittel</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Präparat: gelistet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Sterilisator:</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Typ:		
Funktionskontrolle Bioindikator : ½ jährlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
letztes Prüfprotokoll vom: -		
Sterilisationsdauer:           Min.		
Sterilisationstemperatur:       °C Druck:		
Behandlungs-Indikatorpapier: auf Sterilisationsfolie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kennzeichnung des Sterilisationsgutes:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Dokumentation des Sterilisationsprozesses:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Lagerung der sterilisierten Instrumente:</b>		
- rekontaminationssicher, staubgeschützt verpackt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
- einzeln verpackt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Hygieneplan</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Dokumentation / Patientenkartei</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b><u>E) Abfall-Entsorgung:</u></b>		
Abfalleimer mit Deckel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
verschließbare Behälter für scharfe Gegenstände	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
andere Art der Entsorgung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

**F) Infektionsprophylaxe / Personalschutz:**

- Impfung des Personals (z. B. Hepatitis B): darauf hingewiesen

Da die hygienischen und räumlichen Anforderungen in Abhängigkeit von den durchgeführten Behandlungen / Maßnahmen stehen, können sich diese bei Erweiterung des Behandlungsspektrums ändern, insbesondere bei der Durchführung von invasiven Eingriffen. Wir bitten Sie, uns Änderungen im Tätigkeitsspektrum anzuzeigen.

Rechtsgrundlage:

- § 3 Verordnung der Landesregierung und des Sozialministeriums zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung) vom 11. Juni 2002
- §§ 16, 17, 73 Abs. 1 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000