|  |
| --- |
| Anlage Unterweisung Hygieneanordnung Pflegepersonal und Reinigungskräfte |

Diese Unterweisung ist eine verbindliche Arbeitsanweisung an alle Beschäftigten des Unternehmens. Die darin enthaltenen Maßnahmen dienen dem Schutz unserer Patienten, zu betreuenden Personen, deren Angehörige und Besucher und allen Mitarbeitern.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grundlage der Hygieneanordnung** | | |
| **X** | **Erkrankung** | **Station, Zimmer (Ohne Namen)** |
|  | MRSA, |  |
|  | ESBL-bildende Bakterien, MRGN, VRE |  |
|  | CDI (Clostridium Difficile Infektionen) |  |
|  | Infektiöse Gastroenteritiden |  |
|  | NORO - ROTA Viren |  |
|  | Influenza |  |
|  | HBV, HCV, HIV |  |
|  | Krätzmilbe |  |
|  | Ektoparasiten |  |
|  | Sonstige: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erforderliche Hygienemaßnahmen Pflege** | |
| **X** | Basishygiene umsetzen |
| **X** | Händedesinfektion EN 1500 vor und nach betreten der betroffenen Bereiche |
|  | PSA Schutzhandschuhe medizinisch tragen |
|  | PSA Mundschutz verwenden |
|  | PSA Schutzkleidung (Kittel, Mantel) |
|  | PSA Kopfschutz |
|  | PSA Gesichtsschutz (Schutzbrille) |
|  | PSA Fußschutz (Überziehschutz) |
|  | PSA Schutzkleidung nur Einmalverwendung |
|  | PSA Atemschutz Schutzstufe |
|  | PSA Wechselausstattung vorhalten |
|  | PSA Schutzkleidung vor Verlassen ablegen |
|  | Kontaminierte Kleidung unverzüglich wechseln |
|  | Wechselkleidung bereitstellen / vorhalten |
|  | Infektiöser Abfall im Raum / Bereich lagern, geschlossener Behälter |
|  | Sachgerechte Entsorgung infektiöser Abfall nach Hygieneorganisation |
|  | Umgebungshygiene täglich umsetzen (Reinigungs- und Desinfektionsplan) |
|  | Anzahl der Umsetzungen: |
|  | Bezeichnung Desinfektionsmittel: |
|  | Türen und Zugänge werden immer geschlossen gehalten |
|  | Gefahrenkennzeichnung mit Hinweise an Zugängen anbringen |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erforderliche Hygienemaßnahmen Reinigung** | |
| **X** | Händedesinfektion EN 1500 vor und nach Betreten der betroffenen Bereiche |
|  | PSA Schutzhandschuhe tragen |
|  | PSA Mundschutz verwenden |
|  | PSA Schutzkleidung (Kittel, Mantel) |
|  | PSA Kopfschutz |
|  | PSA Gesichtsschutz (Schutzbrille) |
|  | PSA Fußschutz (Überziehschutz) |
|  | PSA Schutzkleidung nur Einmalverwendung |
|  | PSA Atemschutz Schutzstufe |
|  | PSA Wechselausstattung vorhalten |
|  | Kontaminierte Kleidung unverzüglich wechseln |
|  | PSA Schutzkleidung vor Verlassen ablegen |
|  | Sachgerechte Entsorgung infektiöser Abfall nach Hygieneorganisation |
|  | Umgebungshygiene täglich umsetzen (Reinigungs- und Desinfektionsplan) |
|  | Anzahl der Umsetzungen: |
|  | Bezeichnung Desinfektionsmittel: |
|  | Bodenflächenreinigung täglich umsetzen (Reinigungsplan) |
|  | Anzahl der Umsetzungen: |
|  | Bezeichnung Reinigungsmittel: |
|  | Reinigungstätigkeiten mit PDL absprechen |
|  | Zusatzreinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen erforderlich |
|  | Zusatz: Alle Türgriffe im Bereich desinfizieren |
|  | Zusatz: Alle Schalter und Bedienelemente desinfizieren |
|  | Zusatz: Infektiöser Abfall als letzte Maßnahmen entsorgen |
|  | Türen und Zugänge werden immer geschlossen gehalten |

Infektiöser Abfall im Raum entsorgen (Entsorgung über Behälter infektiöser Abfall) Entsorgung nur gemäß PDL nach Vorgaben Hygieneorganisation. Geschlossene Beutel, oder Behälter mit Aufschrift Vorsicht infektiöser Abfall.

|  |  |
| --- | --- |
| **Besuchermaßnahmen** | |
| **X** | Händedesinfektion EN 1500 vor und nach Betreten der betroffenen Bereiche |
|  | PSA Schutzhandschuhe tragen |
|  | PSA Mundschutz verwenden |
|  | PSA Schutzkleidung (Kittel, Mantel) |
|  | PSA Kopfschutz |
|  | PSA Gesichtsschutz (Schutzbrille) |
|  | PSA Fußschutz (Überziehschutz) |
|  | PSA Schutzkleidung nur Einmalverwendung |
|  | PSA Atemschutz Schutzstufe |
|  | PSA Schutzkleidung vor Verlassen ablegen |
|  | Meldung bei Personal vor Betreten |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dauer der Anordnung** | |
|  | Bis schriftliche Aufhebung durch Leitung |
|  | Bis Datum: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wirksamkeit der Maßnahmen (Beginn der Maßnahme)** | |
|  | Unmittelbar, SOFORT |
|  | Ab Datum: |

|  |
| --- |
| **Anlage: Nachweis der Unterweisung** |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie diese wichtigen Hygieneinformationen verstanden

und gelesen zu haben. Fragen richten Sie bitte unmittelbar an Ihre Heimleitung, Pflegedienstleitung oder Hygienefachkraft.

Bei einer Zuwiderhandlung dieser angeordneten Hygienemaßnahmen kann es zu arbeitsrechtlichen (Abmahnung, Kündigung) und zivilrechtlichen Maßnahmen (Schadensersatzansprüche) kommen.

Datenschutzbestimmungen EU-DSGVO beachten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Name, Vorname** | **Unterschrift** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |