|  |  |
| --- | --- |
| **Hygienecheckliste** | **Check 3** |
| Medikamente Bereitstellung |

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen |  |
| PLZ, Ort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| Bereich |  |
| Datum |  |
| Durchführung, Name |  |

Grundsätzlich sind alle Vorgaben und Prüfinhalte abzuarbeiten. Immer dann wenn eine Ergebnis mir „Negativ“ gekennzeichnet ist, ist eine Umsetzungsmaßnahmen erforderlich. Die ggf. erforderlichen Umsetzungsmaßnahmen sind auf der letzten Seite zu erörtern. Abstellungshinweise können als Anlage hinzugefügt werden. Nach Umsetzung ist das Ergebnis der Checkliste der Betriebsführung vorzulegen. Die Ablage erfolgt im Unternehmen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Vorgaben** **Prüfinhalte**  |  |  |
| 1 | Stehen für die Bereitstellung von Medikamenten ausreichende und geeignete Geräte (Besteck, Unterlagen) zur Verfügung?* Tablettenteiler
* Medikamentenbesteck
* Medikamentenboard
* Mörser
 |  |  |
| 2 | Wird vor jeder Bereitstellung der Arbeitsplatz einer Wischdesinfektion unterzogen?* Geeignete Desinfektionsmittel
* Einwirkzeit beachten
 |  |  |
| 3 | Steht ausreichende Anzahl von PSA (Persönliche Schutzausstattung) für die Bereitstellung zur Verfügung?* Handschuhe
* Mundschutz
* Ggf. Kopfschutz
 |  |  |
| **Nr.** | **Vorgaben** **Prüfinhalte**  |  |  |
| 4 | Werden Tablettenspender regelmäßig gereinigt und desinfiziert?* Nach Nutzung
* Vorrat vorhanden
 |  |  |
| 5 | Werden Einwegbehälter (Für Tropfen, Salben usw.) verpackt und sachgerecht gelagert?* Originalverpackung
* Geschlossen
 |  |  |
| 6 | Werden abgelaufene Medikamente sachgerecht entsorgt?* Geschlossene und verschlossene Aufbewahrung
* Rückgabe Apotheken
* Entsorgung zuführen
 |  |  |
| **Umsetzungsnachweis** |
| Hiermit wird die Umsetzung der Checkliste mit Unterschrift bestätigt. |
|  |
| Datum, Name, Vorname, Unterschrift |
| **Führungsnachweis** |
| Checkliste zur Kenntnis genommen |
|  |
| Datum, Name, Verantwortung, Unterschrift |

Anlage:

Maßnahmenauflistung

|  |
| --- |
| **Maßnahmenauflistung zu Check 3** |
| Freie Beschreibung (Zu. Nr. getroffene Maßnahmen / Anmerkungen) |
|  |