

Checkliste

für die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten

Verteiler: Einkauf Krankenhaushygiene Medizin-Technik Sicherheitstechnik

Krankenhaus: _____ Abteilung: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____
Anbieter: _____ Kontaktadresse: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____ zertifiziert: <input type="checkbox"/> ja nach _____ <input type="checkbox"/> nein
Art des Medizinprodukts: _____ Klassifizierung: _____
Art der Aufbereitung: <input type="checkbox"/> thermisch <input type="checkbox"/> alkalisch <input type="checkbox"/> neutral <input type="checkbox"/> chemo-thermisch <input type="checkbox"/> chemisch (Desinfektionsmittel) Temperatur _____
Desinfektionsmittel – geeignete Wirkstoffe zur Aufbereitung: <input type="checkbox"/> Aldehyde <input type="checkbox"/> Alkylamide <input type="checkbox"/> Guanidine <input type="checkbox"/> Alkohole <input type="checkbox"/> Biguanide <input type="checkbox"/> Peroxidverbindungen <input type="checkbox"/> Quarternäre Verbindungen <input type="checkbox"/> andere _____
Empfohlene Desinfektionsmittel zur Aufbereitung: Name: _____
Wirksamkeit durch Expertisen und Gutachten belegt: <input type="checkbox"/> VAH gelistet <input type="checkbox"/> ÖGHMP gelistet <input type="checkbox"/> begrenzt viruzid <input type="checkbox"/> viruzid <input type="checkbox"/> sporozid
Vorhandene Chemikalien – Materialverträglichkeitsprüfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorhandene Aufbereitungsanleitung in deutscher Sprache <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wartung notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchführung der Wartung <input type="checkbox"/> Hersteller _____ <input type="checkbox"/> Vertreiber _____ <input type="checkbox"/> Subunternehmer _____ <input type="checkbox"/> Haustechnik _____
Wartungsintervalle: _____

Bestätigung der Richtigkeit der angegebenen Daten:

Anbieter
Unterschrift: _____ Datum: _____