

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98g.0

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
(OPS-Version 2025)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers / der Hygienefachkraft sind für alle personen-
gebundenen Qualifikationen mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es ist mindestens ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

Krankenhaushygieniker:

Ja

Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

Ja

Nein

Name, Vorname

Krankenhaushygieniker in Kooperation:

Ja

Nein

Falls ja, Erläuterung

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

Ja Nein

Erläuterung

**Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit
(eigenständige Infekt-Isolierstation):**

Ja Nein

**Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den
restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:**

Ja Nein

Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:

Ja Nein

Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____