

Selbstauskunft Heilpraktiker im Rahmen der hessischen Infektionshygieneverordnung

1. Angaben zur Person und zur Praxis

Betreiber*in der Praxis / Einrichtung (Name, Vorname)	
Einrichtung	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon / Fax	
E-Mail-Adresse	
Die Praxis wird betrieben seit	
Organisationsform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit

2. Personal

Ausbildung d. Betreibers / d. Betreiberin	
Sachkunde nach § 2 Abs. 10 InfhygieneV, HE liegt vor	<input type="checkbox"/> ja, bitte Nachweis beifügen <input type="checkbox"/> 8-Stunden-Kurs „Hygiene 1“ <input type="checkbox"/> 40-Stunden-Kurs „Hygiene 2“ <input type="checkbox"/> im Rahmen einer staatl. anerkannten Berufsausbildung erworben <input type="checkbox"/> nein
Sind weitere Personen in der Einrichtung beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Name und Tätigkeit angeben:

3. Leistungsspektrum

Werden in Ihrer Praxis folgende Eingriffe / Behandlungen durchgeführt?

Eingriffe / Behandlungen mit Verletzung oder Durchdringung von Haut / Schleimhaut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eingriffe / Behandlungen mit Vordringen in Körperhöhlen und / oder Körperöffnungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eingriffe / Behandlungen mit Entnahme und / oder Verabreichung von Blut	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Werden in Ihrer Praxis im Speziellen folgende Eingriffe / Behandlungen durchgeführt?

Akupunktur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutentnahmen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Aderlass	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Eigenblutbehandlung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Injektionen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Injektion von Lokalanästhetika („Neuraltherapie“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Injektion von Fremd-Peptiden („Thymustherapie“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Injektion von aufbereiteten Körperflüssigkeiten („Autovakzine“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Faltenunterspritzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infusionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einläufe / Spülungen / Begasung rektal oder vaginal (z.B. Colon-Hydrotherapie, Stuhltransplantation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einstechen der Haut mit Nadelapparat („Braunscheidtieren“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eröffnen von erzeugten Blasen oder Pusteln der Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutiges Schröpfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Absaugen der Gaumenmandel („Rödern“)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutegel-Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wundbehandlung jeglicher Art	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere, oben nicht aufgezählte Tätigkeiten, die eine Verletzung der Haut oder Schleimhaut vorsehen oder nicht ausschließen können	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Falls ja, Art und Beschreibung der Eingriffe und Behandlungen:

Werden wasserführende Geräte betrieben? (z.B. Colon-Hydrotherapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, sind diese an die Trinkwasser- Installation angeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Instrumente und für die Behandlung eingesetzte Utensilien

Haut oder Schleimhaut verletzende / durchdringende Instrumente werden ausschließlich als Einweg-Material verwendet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In Körperhöhlen / -öffnungen vordringende Utensilien werden ausschließlich als Einweg-Material verwendet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls nein, folgende Instrumente / Utensilien werden mehrfach verwendet:	

5. Aufbereitung von Instrumenten und Utensilien

Reinigung erfolgt manuell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reinigung erfolgt maschinell	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Es wird ein Sterilisator in der Praxis betrieben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

6. Hygienemanagement

Es existiert ein aktueller, an die Einrichtung angepasster Hygieneplan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ein Plan zur Reinigung und Desinfektion von Flächen wurde erstellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte tragen Sie ein, welche Desinfektionsmittel in Ihrer Praxis verwendet werden:

	Produktname	verwendete Konzentration	Einwirkzeit	VAH-Listung
Flächen-desinfektion (ggf. Fläche bezeichnen)				
Hände-desinfektion				
Haut- und Schleimhaut-desinfektion				
Instrumenten-desinfektion				
Weitere				

7. eigene Anmerkungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift