Hygieneplan Pflegeeinrichtung / Station

Betrieb / Einrichtung: _____ Bereich: _____ Verantwortlich: _____

Gültig ab: _____ Geprüft am: _____ Unterschrift: _____

Händehygiene und Schutzkleidung

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Hygienische Händedesinfektion	vor und nach Bewohnerkontakt, vor aseptischen Tätigkeiten, nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten und Umgebung	[Händedesinfektionsmittel]	Spender in jedem Zimmer bzw. Kitteltaschenflasche	alle Mitarbeitenden
Einmalhandschuhe	bei möglichem Kontakt mit Ausscheidungen, Blut, Sekret	[Nitril-Einmalhandschuhe]	nach jeder Tätigkeit wechseln, danach Händedesinfektion	Pflege
Schutzschürze bzw. Schutzkittel	bei Pflegetätigkeiten mit Durchfeuchtungsgefahr, bei Isolierung	[Einmalschürzen / Schutzkittel]	bewohnerbezogen verwenden, im Zimmer ablegen	Pflege
Hautschutz	vor Dienstbeginn, in Pausen, nach Dienstende	[Hautschutz- und Pflegecreme]	laut Hautschutzplan	alle Mitarbeitenden

Bewohnerzimmer

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Handkontaktflächen: Nachttisch, Bettgitter, Klingel, Türgriffe	täglich	[Reiniger] bzw. [Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	Wischverfahren mit frischem Tuch je Zimmer	[Reinigungsdienst]
Bett bei Bewohnerwechsel	bei Auszug bzw. Verlegung	[Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	komplette Wischdesinfektion, Matratzenschutzbezug	[Reinigungsdienst / Pflege]
Fußboden	täglich	[Reiniger]	feucht wischen, Wischbezug je Zimmer wechseln	[Reinigungsdienst]
Nasszelle: WC, Waschbecken, Dusche	täglich	[Sanitärreiniger]	von sauber nach unsauber, getrennte Tücher	[Reinigungsdienst]
Pflegehilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Lifter)	wöchentlich und bei Bewohnerwechsel	[Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	Griffe und Sitzflächen wischdesinfizieren	Pflege

Was	Wann	Womit	Wie	Wer

Pflegearbeitsräume und Stationsbereich

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Reiner Arbeitsraum: Arbeitsflächen	täglich	[Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	Wischdesinfektion	Pflege
Unreiner Arbeitsraum, Steckbecken	nach Gebrauch	[Steckbeckenspüle bzw. [Desinfektionsmittel, Konz., Einwirkzeit]]	thermisch oder chemisch aufbereiten	Pflege
Pflegewagen, Verbandwagen	täglich	[Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	Arbeitsfläche und Griffe abwischen	Pflege
Medikamentenkühlschrank	monatlich, Temperatur täglich	[Reiniger]	auswischen, Temperatur dokumentieren	Pflege
Stationsküche, Bewohnerkühlschrank	täglich bzw. wöchentlich	[Reiniger]	Flächen reinigen, Lebensmittel auf Haltbarkeit prüfen	[Hauswirtschaft]

Besondere Situationen

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Erbrechen oder Durchfall (Verdacht Norovirus)	sofort	[viruzides [Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]]	mit Einmalmaterial aufnehmen, großflächig desinfizieren, Schutzausrüstung tragen	Pflege / Reinigungsdienst
Häufung von Infektionen	ab zwei zusammenhängenden Fällen	–	Hygienebeauftragte und Leitung informieren, Meldepflicht prüfen	Wohnbereichsleitung
Schlussdesinfektion nach Isolierung	nach Aufhebung	[Flächendesinfektion, Konz., Einwirkzeit]	alle Flächen und Gegenstände des Zimmers	[Reinigungsdienst]

Wäsche und Abfall

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Bewohnerwäsche, Bettwäsche	Wechsel nach Bedarf, mindestens [Intervall]	[desinfizierendes Waschverfahren]	im Zimmer in Wäschesack abwerfen, nicht sortieren	Pflege

Was	Wann	Womit	Wie	Wer
Inkontinenzmaterial, Abfall	mehrmals täglich	[Müllsäcke, Hygienebeutel]	verschlossen entsorgen	Pflege / Reinigungsdienst
Spitze Gegenstände	bei Füllung bis Markierung	[Abwurfbehälter]	verschließen, nicht umfüllen	Pflege

Diese Vorlage ist ein Gerüst und ersetzt keinen individuellen Plan. Platzhalter in eckigen Klammern durch Ihre Produkte, Konzentrationen, Einwirkzeiten und Zuständigkeiten ersetzen. Maßgeblich sind die Herstellerangaben und die Vorgaben Ihrer Behörde. Keine Rechtsberatung.

Nachweis Hygieneplan Pflegeeinrichtung / Station

Kalenderwoche: _____ Jahr: _____ Bereich: _____ Bitte nach Erledigung mit Kürzel abzeichnen.

Aufgabe	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Handkontaktflächen: Nachttisch, Bettgitter, Klingel, Türgriffe							
Fußboden							
Nasszelle: WC, Waschbecken, Dusche							
Reiner Arbeitsraum: Arbeitsflächen							
Pflegewagen, Verbandwagen							
Medikamentenkühlschrank							
Stationsküche, Bewohnerkühlschrank							
Inkontinenzmaterial, Abfall							

Kontrolliert von: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____