



Formblatt 1 Krankenhausstruktur

Das Formblatt wird 1x am Anfang der Aktion ausgefüllt.
Bitte gut leserlich ausfüllen und per Post an „AKTION Saubere Hände“ senden.

Krankenhauses KISS Kürzel: _____

Datum (TT / MM / JJ): __ / __ / __

Anzahl der Betten insgesamt:..... → davon ITS-Betten insgesamt:.....
↳ davon interdisziplinäre ITS:.....

Welche Fachdisziplinen gibt es in Ihrem Haus?:

<input type="checkbox"/> Innere Medizin	ITS Ja/Nein
<input type="checkbox"/> Hämatologie / Onkologie <input type="checkbox"/> Gastroenterologie <input type="checkbox"/> Geriatrie	
<input type="checkbox"/> Andere:	

<input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie	ITS Ja/Nein
<input type="checkbox"/> Spezielle Chirurgie, welche:	ITS Ja/Nein
<input type="checkbox"/> Traumatologie <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie <input type="checkbox"/> plastische Chirurgie	
<input type="checkbox"/> Transplant <input type="checkbox"/> Kardiochirurgie	
<input type="checkbox"/> Andere:	

<input type="checkbox"/> Orthopädie	ITS Ja/Nein
--	--------------------

<input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe	ITS Ja/Nein
--	--------------------

<input type="checkbox"/> Pädiatrie	ITS Ja/Nein
<input type="checkbox"/> Neonatologie <input type="checkbox"/> Hämatologie / Onkologie	

<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	ITS Ja/Nein
--	--------------------

<input type="checkbox"/> Andere:
--



Formblatt 1 Krankenhausstruktur

Das Formblatt wird 1x am Anfang der Aktion ausgefüllt.
Bitte gut leserlich ausfüllen und per Post an „AKTION Saubere Hände“ senden.

Gibt es an Ihrem Haus eine/n angestellte/n KrankenhaushygienikerIn?

Ja/Nein

Gibt es an Ihrem Haus angestelltes Hygienefachpersonal?

Ja/Nein

Werden Sie von einem externen KrankenhaushygienikerIn regelmäßig beraten?

Ja/Nein

Werden Sie von einer externen Hygienefachkraft regelmäßig beraten?

Ja/Nein

Haben Sie bereits unabhängig von der Aktion in den letzten

2 Jahren Maßnahmen zur Verbesserung der Händedesinfektion ergriffen?

Ja/Nein

Wenn ja, welche?

