

Gesundheitsamt
Schloßplatz 6
21423 Winsen (Luhe)
Telefon: 04171 693-396
Telefax: 04171 693-174
eMail: gesundheitsamt@lkharburg.de



**Fragebogen der
Medizinalaufsicht - Heilpraktiker**

Vorname Name: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Privatanschrift: _____

Praxisdaten:

Straße, Hausnr.: _____

PLZ., Ort: _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Datum der Niederlassung: _____

1. Welche Heilmethoden kommen in Ihrer Praxis zur Anwendung?
(bitte hier auflisten)

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden vom Landkreis Harburg im Sinne des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes erhoben und verarbeitet.

2. Führen Sie folgende Eingriffe durch?

Venenpunktion zur Blutentnahme oder Injektion ja nein

Intrakutane, subkutane oder intramuskuläre Injektionen ja nein

Akupunktur ja nein

Andere Eingriffe, die mit Durchstoßen oder Durchtrennen
der Haut einhergehen ja nein

Wenn ja, welche? (bitte hier angeben)

3. Verwenden Sie in Ihrer Praxis Geräte, die den
Bestimmungen der Medizin- Produkte-Verordnung
unterliegen? ja nein

4. Wenn Sie o.g. Geräte benutzen, bitte hier auflühren:

5. Führen Sie ein Gerätebegleitheft, in dem eingewiesene
Personen und durchgeführte Überprüfungen dokumentiert sind? ja nein

Allgemeine Hygiene

6. Getrennte Personal- und Patiententoiletten ja nein

7. Toiletten mit Einmalhandtuch und Flüssigseife ja nein

8. Untersuchungsliege, Auflage aus Papier Stoff

9. Wechsel der Schutzkleidung täglich

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden vom Landkreis Harburg im Sinne
des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes erhoben und verarbeitet.

wöchentlich

anderes Intervall

10. Abfallentsorgung im geschlossenen Behälter ja nein
11. Anzahl Untersuchungszimmer mit Handwaschbecken ___ (bitte angeben)
12. Anzahl Untersuchungszimmer ohne Handwaschbecken ___ (bitte angeben)
13. Einmalhandtücher, Flüssigseife und Desinfektionsmittel
an allen Handwaschbecken des Untersuchungszimmers ja nein

Sterilisation und Desinfektion

14. Bitte nennen Sie uns die Handelsnamen der Präparate die sie verwenden
Händedesinfektionsmittel:

chirurg. Händedesinfektionsmittel:

Flächendesinfektionsmittel:

Instrumentendesinfektionsmittel:

Hautdesinfektionsmittel:

Einmalhandschuhe:

15. Autoklav vorhanden ja nein
Zuletzt geprüft am: _____
16. Heißluftsterilisator vorhanden ja nein
Zuletzt geprüft am: _____
17. Sterilisator wird mit Bioindikator halbjährlich kontrolliert ja nein
Durch wen: (Labor bitte angeben)

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden vom Landkreis Harburg im Sinne des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes erhoben und verarbeitet.

18. Sterilgutaufbewahrung Sammelbehälter zur Einzelentnahme
 Kassetten zur Einmalentnahme
 Eingeschweißt
19. Leicht einsehbarer aktueller Hygieneplan vorhanden ja nein
(bitte in Kopie zusenden)
20. Aktueller individueller Reinigungs- und ja nein
Desinfektionsmittelplan vorhanden
(bitte in Kopie zusenden)
21. Werden die Mitarbeiter in Hygiene fortgebildet ja nein
22. Wird das Personal arbeitsmedizinisch untersucht ja nein
23. Haben Sie und Ihre Mitarbeiter einen ausreichenden ja nein
Impfschutz gegen Hepatitis B

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben richtig sind:

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden vom Landkreis Harburg im Sinne des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes erhoben und verarbeitet.