

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98g.1

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit  
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:  
Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit  
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers / der Hygienefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren 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 Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_