



Antrag eines Zertifikats der Aktion Saubere Hände BRONZE

Klinik	KISS Kürzel	Anzahl der Betten

ggf. weitere KISS Kürzel zum Vertragshaus: ____ / ____ / ____

Name Ansprechperson: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Anzahl der Normalstationen	Anzahl der IMC Stationen	Anzahl der Intensivstationen

Teilnahme unserer Klinik am Einführungskurs

Ja

THEMENFELD KOMMUNIKATION

1. Lenkungsgruppe, trifft sich (mindestens) einmal im Jahr

	Datum	Datum
Treffen Lenkungsgruppe 2022:		
Treffen Lenkungsgruppe 2023:		

2. Lenkungsgruppe, **Mitglieder** Ärztliche Direktion Pflegedirektion
Klinisch tätige Ärzt:in Praktisch tätige Pflegeperson

3. Lenkungsgruppe, **Ziele**

Compliance-Beobachtungen: _____

Händedesinfektionsmittelverbrauch: _____

Fortbildungen: _____

Anderes: _____



THEMENFELD FORTBILDUNG

- 4. Abgabe der Kasuistik in webKess. Ja
- 5. Jährliche Fortbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende finden in meiner Klinik statt. Ja
- 6. Mitarbeitende, die Compliance-Beobachtungen durchführen, wurden vorab geschult. Ja

THEMENFELD MESSINSTRUMENTE

- 7. Eingabe Händedesinfektionsmittelverbrauch in webKess durchgeführt für das Jahr 2022
- 8. Für alle Stationen wurde die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern überprüft und die Daten in webKess eingetragen. Die Vorgabe zur Mindestausstattung (Soll-Wert) wurde für jede einzelne Station zu **mindestens 75%** erreicht. Ja
- 9. Es wurden Compliance-Beobachtungen für eine Station oder einen Funktionsbereich durchgeführt. Das Ergebnis wurde gemeinsam mit dem Stationsteam (oder Team des Funktionsbereiches) besprochen und zukünftige konkrete Ziele festgelegt.

Stationsname/ Funktionsbereich	CB 2021	Datum Feedback	Ziel def.	CB 2022	Datum Feedback	Ziel def.	CB 2023	Datum Feedback	Ziel def.
Beispielname	<input checked="" type="checkbox"/>	16.06.2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



THEMENFELD FEEDBACK

10. Jeder Station wurde ein jährliches, mindestens schriftliches, Feedback zum Händedesinfektionsmittelverbrauch übermittelt.

umgesetzt

11. Der Klinikleitung wurde ein schriftliches Feedback für jede Station, bzgl. der Compliance und des HDMV, gesendet.

Letztes Datum: _____

Ich versichere, dass ich alle Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ja

Die Anleitung zum Zertifikatsantrag habe ich verwendet.

Ja

Klinikname für die Urkunden: _____

Anzahl der Urkunden (max. Gesamtzahl aller Stationen +5): _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellenden