



Antrag eines Zertifikats der Aktion Saubere Hände GOLD

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. Die Lenkungsgruppe trifft sich (mindestens) zweimal 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: _____



4. Es wird jährlich ein Aktionstag durchgeführt und der ASH ein Bericht darüber zugesandt.

	Datum	Datum Zusendung Bericht
Aktionstag 2021:		
Aktionstag 2022:		
Aktionstag 2023:		

5. Patienten und Patientinnen steht innerhalb der Klinik Informationsmaterial zur Händedesinfektion zur Verfügung.

Ja

THEMENFELD FORTBILDUNG

6. Abgabe der Kasuistik in webKess

Ja

7. Jährliche Fortbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende finden in meiner Klinik statt.

Ja

8. Auch andere medizinische Berufsgruppen, außerhalb der Pflegenden und Ärztinnen, Ärzte werden jährlich zum Thema Händedesinfektion fortgebildet.

Ja

9. Werden neue Mitarbeitende medizinischer Fachberufe eingearbeitet, ist das Thema Händedesinfektion Teil der Einarbeitung.

Ja

10. Informationen zur Händedesinfektion sind Bestandteil in der Ausbildung von Praktikanten, Auszubildenden medizinischer Berufe und Studierenden

Ja

11. Mitarbeitende, die Compliance-Beobachtungen durchführen, wurden vorab geschult.

Ja



THEMENFELD MESSINSTRUMENTE

12. Eingabe Händedesinfektionsmittelverbrauch, für alle Stationen, in webKess durchgeführt für das Jahr 2022

13. Für alle Stationen wurde die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelpendern überprüft und die Daten in webKess eingetragen. Die Vorgabe zur Mindestausstattung (Soll-Wert) wurde für jede einzelne Station zu **100%** erreicht. Ja

14. Es wurden Compliance-Beobachtungen auf den Stationen/Funktionsbereichen (Mindestanzahl orientiert sich an der Bettenzahl der Klinik) **über 2 Jahre** durchgeführt. Das Ergebnis wurde gemeinsam mit dem Stationsteam (oder Team des Funktionsbereiches) besprochen und zukünftige konkrete Ziele festgelegt.

Stationsname Normalst./FB	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"/>
	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	<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"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



15. Es wurden zusätzlich Compliance-Beobachtungen in einem **Funktionsbereich über 2 Jahre** durchgeführt. Das Ergebnis wurde gemeinsam mit dem Team des Funktionsbereiches besprochen und zukünftige konkrete Ziele festgelegt.

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"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

16. Es wurden zusätzlich Compliance-Beobachtungen auf allen Intensivstationen **über 2 Jahre** durchgeführt (wenn keine vorhanden, dann auf der IMC). Das Ergebnis wurde gemeinsam mit dem Stationsteam besprochen und zukünftige konkrete Ziele festgelegt.

Stationsname Intensivstation	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"/>
	<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"/>	<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"/>	<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"/>
	<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"/>	<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"/>	<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

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

umgesetzt

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

Letztes Datum: _____

19. Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden der Klinikleitung präsentiert.

Letztes Datum: _____

20. Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden auf ärztlicher Abteilungsebene präsentiert.

umgesetzt

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