



Kreis Offenbach

Kreis Offenbach  
Fachdienst Gesundheit  
Medizinalaufsicht  
Gottlieb-Daimler-Straße 10  
63128 Dietzenbach

Eingangsvermerk

## Selbstauskunft Heilpraktiker

im Rahmen der hessischen Infektionshygieneverordnung

### 1. Angaben zur Person und zur Praxis

#### 1.1. Betreiberin/Betreiber der Praxis / Einrichtung

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon, Fax \_\_\_\_\_

Die Praxis wird betrieben seit: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Organisationsform

Einzelpraxis

Gemeinschaftspraxis mit: \_\_\_\_\_

#### 1.3 Personal

##### 1.3.1 Ausbildung des Betreibers/der Betreiberin

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3.2 Die Sachkunde gemäß § 2 Abs. 10 InfhygieneV, HE liegt vor ja  nein   
falls ja (bitte Nachweis beifügen):

- 8 h Kurs „Hygiene 1“                       40 h Kurs „Hygiene 2“  
 im Rahmen einer staatlich anerkannten Berufsausbildung erworben

1.3.3 Sind in der Einrichtung weitere Personen beschäftigt? ja  nein

Name, Tätigkeit \_\_\_\_\_

## 2. Leistungsspektrum

2.1 Werden in Ihrer Praxis folgende Eingriffe oder Behandlungen durchgeführt?

- Eingriffe/Behandlungen mit Verletzung oder Durchdringung von Haut oder Schleimhaut ja  nein   
- Eingriffe/Behandlungen mit Vordringen in Körperhöhlen und / oder Körperöffnungen ja  nein   
- Behandlungen mit Entnahme und / oder Verabreichung von Blut ja  nein

2.2 Werden in Ihrer Praxis im Speziellen folgende Eingriffe oder Behandlungen durchgeführt?

- Akupunktur ja  nein   
- Blutentnahmen ja  nein   
    o Aderlass ja  nein   
    o Eigenblutbehandlung ja  nein   
- Injektionen ja  nein   
    o Injektion von Lokalanästhetika („Neuraltherapie“) ja  nein   
    o Injektion von Fremd-Peptiden („Thymustherapie“) ja  nein   
    o Injektion von aufbereiteten Körperflüssigkeiten („Autovakzine“) ja  nein   
    o Faltenunterspritzung ja  nein   
- Infusionen ja  nein   
- Einläufe / Spülungen / Begasung rektal oder vaginal (z.B. Colon-Hydrotherapie, Stuhltransplantation) ja  nein   
- Einstechen der Haut mit Nadelapparat („Braunscheidtieren“) ja  nein   
- Eröffnen von erzeugten Pusteln oder Blasen der Haut ja  nein   
- Blutiges Schröpfen ja  nein   
- Absaugen der Gaumenmandel („Rödern“) ja  nein   
- Blutegel-Therapie ja  nein   
- Wundbehandlung jeglicher Art ja  nein

2.3 Weitere, oben nicht aufgezählte Tätigkeiten, die eine Verletzung der Haut- oder

Schleimhaut vorsehen oder nicht ausschließen können ja  nein

Falls ja, Art, gegebenenfalls Beschreibung der nicht aufgezählten Eingriffe und Behandlungen:

---

---

---

---

2.4 Werden wasserführende Geräte betrieben? (z.B. Colon-Hydrotherapie) ja  nein

Sind diese an die Trinkwasser-Installation angeschlossen? ja  nein

### 3. Instrumente und für die Behandlung eingesetzte Utensilien

3.1 Haut- oder Schleimhaut verletzende / durchdringende Instrumente werden ausschließlich als Einweg-Material verwendet ja  nein

3.2 In Körperhöhlen/ -öffnungen vordringende Utensilien werden ausschließlich als Einweg-Material verwendet ja  nein

Falls nein, folgende Instrumente oder Utensilien werden mehrfach verwendet:

---

---

---

---

### 4. Aufbereitung von Instrumenten und Utensilien

4.1 Erfolgt eine manuelle Reinigung und Desinfektion? ja  nein

4.2 Erfolgt eine maschinelle Reinigung und Desinfektion? ja  nein

4.3 Wird ein Sterilisator in der Praxis betrieben? ja  nein

## 5. Hygienemanagement

5.1 Existiert ein aktueller, an Ihre Einrichtung angepasster Hygieneplan? ja  nein

5.2 Ist ein Plan zur Reinigung und Desinfektion von Flächen erstellt? ja  nein

5.3 Bitte tragen Sie ein, welche Desinfektionsmittel in Ihrer Praxis verwendet werden:

	Produktname	verwendete Konzentration	Einwirkzeit	VAH - Listung
Flächendesinfektion (gegebenenfalls Fläche bezeichnen)				
Händedesinfektion				
Haut- und Schleimhautdesinfektion				
Instrumentendesinfektion				
weitere				

## 6. Platz für Anmerkungen

---

---

---

---

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

---

Ort, Datum

Unterschrift