

# Qualitäts- und Transparenzsiegel für Alten- und Pflegeheime in der Ems-Dollart-Region

## Selbstauskunftbogen

(diesen Bogen bitte an das lokale Gesundheitsamt zurücksenden)

Einrichtung: .....

### Indikationsprüfung Harnwegskatheter (QZ 6)

1. Indikationsprüfung am: .....

Bewohner mit HW-Kathetern: transurethral: ..... suprapubisch: .....

Wurden nach der Ergebnisdiskussion der Überprüfung Veränderungen vorgenommen?

ja  nein, Veränderungen waren nicht möglich

Wenn ja, welche Veränderungen?..... (ggf. Rückseite benutzen)

Konnten transurethrale Katheter (in Absprache mit dem behandelnden Arzt) entfernt werden?

ja  nein, eine Entfernung ist bei keinem Bewohner möglich

Wenn ja, bei wie vielen Bewohnern konnten Katheter entfernt werden? .....

2. Indikationsprüfung am: .....

Bewohner mit HW-Kathetern: transurethral: ..... suprapubisch: .....

Wurden nach der Ergebnisdiskussion der Überprüfung Veränderungen vorgenommen?

ja  nein, Veränderungen waren nicht möglich

Wenn ja, welche Veränderungen?..... (ggf. Rückseite benutzen)

Konnten transurethrale Katheter (in Absprache mit dem behandelnden Arzt) entfernt werden?

ja  nein, eine Entfernung ist bei keinem Bewohner möglich

Wenn ja, bei wie vielen Bewohnern konnten Katheter entfernt werden? .....

### Qualifizierte Schulungen (QZ 10)

1. Schulung: Thema: .....

Datum: .....

Anzahl Teilnehmer: ..... Anzahl festangestellte Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt: .....

2. Schulung: Thema: .....

Datum: .....

Anzahl Teilnehmer: ..... Anzahl festangestellte Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt: .....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der hier gemachten Angaben

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift Heimleitung o. PDL)

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift Hygienebeauftragte Person)