

### Strukturdaten zu den OPS

- 8-987.0** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- 8-987.1** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
- 8-98g.0** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- 8-98g.1** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Einheit \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

|         |    |      |
|---------|----|------|
| 8-987.0 | Ja | Nein |
| 8-987.1 | Ja | Nein |
| 8-98g.0 | Ja | Nein |
| 8-98g.1 | Ja | Nein |

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers/der Hygienefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen 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

**Zusätzlich bei OPS 8-987.0 und bei 8-98g.0**

**Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit  
(eigenständige Infekt-Isolierstation):**

Angabe der Infekt-Isolierstation(en), auf der/denen die Leistung erbracht wird

**Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den restlichen  
Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:**

Ja

Nein

**Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:**

Ja

Nein

Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_