

### 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 isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- 8-98g.1** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten 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. Die Aufsicht durch den Krankenhaushygieniker ist auch in Kooperation möglich.**

Krankenhaushygieniker:

Ja

Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

Ja

Nein

Name, Vorname

Krankenhaushygieniker in Kooperation:

Ja

Nein

Falls ja, Erläuterung  
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

**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):

\_\_\_\_\_