

Sanitärräume

Gemeinschaftlich genutzte Sanitärräume? Ja Nein

Gute Belüftung in den Sanitärräumen gewährleistet? Ja Nein

Anzahl Toiletten (Damen): _____ Anzahl Toiletten (Herren): _____

Referenz (Minimalstandard nach Sphere): mind. 1 Toilette pro 20 Personen (Sofortlösung: 1/50)

Anzahl Waschbecken (Damen): _____ Anzahl Waschbecken (Herren): _____

Referenz (Minimalstandard nach Sphere): mind. 1 Waschbecken pro 20 Personen (Sofortlösung: 1/50)

Anzahl Duschen (Damen) _____ Anzahl Duschen (Herren) _____

Referenz (Minimalstandard nach Sphere): mind. 1 Dusche pro 20 Personen (Sofortlösung: 1/50)

Duschräume mit Trennwänden / Kabinen? Ja Nein

Sind Abstandsregeln gemäß CoV-19 Regularien in WC und Duschräume einhaltbar? Ja Nein

Separate behindertengerechte WC vorhanden? Ja Nein

Referenz (Minimalstandard nach Sphere): mind. 1 Toilette / 250 Personen

Sanitärinstallationen funktionstüchtig? Ja Nein

Haben Duschen / Waschräume gut zu reinigende / desinfizierbare Böden? Ja Nein

Separate Security in Sanitärräumen (Frauen, Kinder, Vulnerable) machbar? Ja Nein

CAVE: Sanitäranlagen können die Belegungskapazität begrenzen!

Hygienemanagement

Hygieneverantwortlicher benannt? Ja Nein

Name

Telefon

Hygieneplan vorhanden? Ja Nein

Reinigungs- und Desinfektionsplan vorhanden? Ja Nein

Wasserqualität

War Trinkwasserinstallation vor Belegung in Gebrauch? Ja Nein

Aktuelle Trinkwasserproben durch GA entnommen? Ja Nein

Trinkwasserbefunde liegen vor? Ja Nein

Trinkwasserinstallation gespült? Ja Nein

Externe Dienstleister

Reinigungsfirma

Ja Nein

Name der Reinigungsfirma:

Name der Ansprechperson:

Telefon

Catering

Ja Nein

Name der Cateringfirma:

Name der Ansprechperson:

Telefon

Security

Ja Nein

Name der Security-Firma:

Name der Ansprechperson:

Telefon

Flächenreinigung / -desinfektion

Ständig Reinigungspersonal vor Ort?

Ja Nein

Zustand der Reinigungswagen in Ordnung?

Ja Nein

Zustand der Reinigungsutensilien in Ordnung?

Ja Nein

Farbensystem wird angewendet?

Ja Nein

Ausreichend Wischmopps / Lappen vorhanden?

Ja Nein

Aufbereitung der Wischmopps / Lappen sachgerecht?

Ja Nein

Flächendesinfektionsmittel VAH-gelistet?

Ja Nein

Durchführung der Flächendesinfektion sachgerecht?

Ja Nein

Händehygiene

Händedesinfektionsmittel VAH-gelistet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Geeignete Spendersysteme vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leichter Zugang zu den Spendersystemen, z.B. an zentralen Stellen (Eingang, Toiletten) vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Spendersysteme diebstahlsicher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sachgerechter Umgang mit Händedesinfektionsmittel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gemeinschaftsküchen (falls vorhanden)

Zustand der Gemeinschaftsküchen in Ordnung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kühlschränke vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Seifenspender vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Papierhandtücher vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Spülmittel vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Spülschwämme / Lappen vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Flächenreinigung täglich (durch Reinigungsfirma)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion täglich (durch Reinigungsfirma)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel VAH-gelistet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Durchführung der Flächendesinfektion sachgerecht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Handkontaktstellen werden mehrmals täglich desinfiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Waschküche (falls vorhanden)

Waschmaschinen vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Richtwert: Haushaltswaschmaschine, 1 für 50 Bewohner</i>		
Wäschetrockner vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<i>Richtwert: Haushaltswaschmaschine, 1 für 50 Bewohner</i>		
Verwendung von Wäschekörben / Wäschenetzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wäscheleinen / Wäscheständer / andere Trocknungsmöglichkeiten vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zustand der Waschküche in Ordnung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Flächenreinigung / -desinfektion gewährleistet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Falls keine Waschküche: externe Waschmöglichkeit (Waschsalon)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

COVID-19 (alle Fragen hier sind zwingend zu beantworten!)

COVID-19 Hygienekonzept vorhanden und eingesehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es ein verschärftes Hygienekonzept im Falle COVID-19-Fällen (Räume, Material, Personal) für die gesamte Anlage?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Schnelltest-Regelungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Vorgaben zum Umgang mit COVID-10 Verdachtsfällen? ²	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können COVID-19-Verdachtsfälle räumlich isoliert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Vorgaben zur Absonderung / Quarantäne für Positive?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können COVID-19 Positive räumlich isoliert werden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es einen separaten Raum / Unterbringung / Halle mit eigenem Zugang für CoV-19Positive / Abgesonderte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es separate Sanitäranlagen (WC, Waschräume, ggf. mobil) im Falle für CoV-19 Positive / Abgesonderte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es generelle Zugangsregelungen im Fall von Auftreten von Verdachtsfällen / Positiven?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es zusätzliche Überwachungsbereiche für enge Kontaktpersonen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Reinigungskonzepte für die Isolierbereiche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Aushänge zu Hygieneregeln vorhanden (Plakate)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bewohner tragen in öffentlichen Bereichen der Einrichtung MNS?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schutzkleidung (PSA) für Mitarbeiter vorhanden? ³	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Arbeitsplatz / Arbeitssicherheit

Separate Personal-WCs vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Platz für Aufenthaltsbereich Personal vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Platz für separaten Sanitätsbereich (med. Versorgung / Erste Hilfe)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Dienstpläne für die hauptamtlichen / ehrenamtlichen Mitarbeiter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Computerarbeitsplätze (z.B. für Dokumentation der Geflüchteten)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ausreichende Belüftung der Funktionsbereiche möglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Logistik / Standardversorgung NFI

Sind Kennzeichnungen vorhanden (Eingang, Ausgang, Toiletten, Waschräume etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist ausreichend Platz berücksichtigt für Wegeführung in Hallen, Errichten von Separees für Familien und weitere Funktionen wie Aufenthaltsbereiche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist die Unterkunft / Bad/ WC barrierefrei?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

² Ein Verdachtsfall ist z.B. ein positiver Antigen-Schnelltest

³ Handschuhe, FGFP2 Masken, Schutzkittel, Schutzbrille

Gibt es Zugangsregelungen (auch für Ehrenamt, Presse)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Kennzeichnungen vorhanden (Eingang, Ausgang, Toiletten, Waschräume etc.)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Platz für Küchentheke / Lagermöglichkeiten vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Platz für weitere Lagermöglichkeiten vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Abgrenzbarer Bereich für Anlieferung, Verarbeitung, Ausgabe von Essen / Catering?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Separater Wasseranschluss für Küche / Catering (wünschenswert)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es einen Standard für Lebensmittelhygiene?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Unterbringung für allein reisende Frauen / Familien / vulnerable Gruppen (Menschen mit Behinderungen, UmA)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es indoor-Aufenthaltsbereiche für Geflüchtete?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Spielbereiche für Kinder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist die Reinigung/Desinfektion in bewohntem Bereich gut durchführbar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Hygieneangebote für Geflüchtete

Stehen den Bewohnern Standard Hygienepakete zur Verfügung – s. Anhang (Seife (keine Stückseife), Handtücher (personengebunden) bzw. Einmalartikel, Toilettenpapier, Zahnpfutzmittel, Zahnbürsten)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stehen den Frauen Artikel zur Menstruationshygiene zur Verfügung (mind. Einwegbinden, Unterwäsche, Seife)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Wickeltische mit Einwegauflagen, Windeleimer, Desinfektionsmittel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Medizinische Versorgung (optional, ggf. mobil, für größere Unterkünfte)

Sanitätsraum / Arztstützpunkt mit Wartebereich für 5 – 10 Personen mit gut zu reinigenden Flächen (Böden, Wände bis zur Höhe mind. 1,5m zumindest im Umfeld der Untersuchungsfläche)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Waschbecken gut erreichbar mit fließend warmen und kaltem Wasser, Seifen-, Handtuch- und Händedesinfektionsmittelspender	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsfläche, Untersuchungsleuchte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Abschließbarer Schrank für Geräte, Medikamente und Dokumente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es einen externen Anbieter (ehrenamtlich, hauptamtlich, der Sprechstunden anbietet? Wenn ja: Name und Kontakt notieren.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(mobiler) Computer zur Dokumentation aller medizinischen Vorgänge in den Einrichtungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Koordination des Sanitätsdienstes und einer ärztlichen Sprechstunde in Absprache mit dem Gesundheitsamt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ggf. externe Sanitätsdienste regelmäßig vor Ort (z.B. stundenweise)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

