



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung		
Absaugung	<ul style="list-style-type: none">o Sekretauffangbehälter: Ist die Sekretmenge > 100 ml, dann erfolgt die Entsorgung des Behälters in die schwarze Tonne („E-Abfall – AS 18 01 04)	
Atemtrainer EzPAP Atemwegs – Überdrucktherapiesystem Volumetrieübungsgerät Mediflo Duo Atemtrainer mit PEP	<ul style="list-style-type: none">o Verwendung ausschließlich an einem Patienteno Verwendungsdauer ansonsten nicht eingeschränkto Ausnahme: unter MRSA-Sanierungsmaßnahmen ist das System tgl. zu verwerfen	
Krankenhausthygienische Aspekte zur Bekleidungsordnung	<ul style="list-style-type: none">o „Krankenhausthygienische Aspekte zur“ wurde zum Namen Bekleidungsordnung hinzugefügt, da es ein Zusatz zur Bekleidungsordnung für die UMR ist (Farbkonzept)	
Blasenkatheterismus	<ul style="list-style-type: none">o zusätzlich benötigte Materialien beim Legen:o optional 1 zusätzliches steriles Paar Handschuheo Händedesinfektionsmittelo Flächendesinfektionsmittelo Schleimhautdesinfektionsmittelo Einmallappen/Wundauflagen, Nierenschale mit Wasser für etwaige Reinigungsarbeiteno flüssigkeitsdichte Unterlage	
Blutkultur	<ul style="list-style-type: none">o Für eine ausreichende Sensitivität sind mindestens 2 Blutkulturpaare abzunehmeno nicht mehr zwingend erforderlich sind unterschiedliche Zeitpunkte bei der Abnahmeo für die Blutkulturentnahme steht die „Checkliste Abnahme Blutkultur“ zur Verfügungo Annahmezeit im Labor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene	
	Montag bis Freitag	07.00 bis 19.00 Uhr
	Samstag/Sonntag/Feiertag	07.00 bis 12.00 Uhr
	<ul style="list-style-type: none">o In der übrigen Zeit werden die Blutkulturen vom Botendienst/durch Rohrpost in der Materialannahme des Instituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (ILAB) abgegeben und dort verwahrt.	



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
Deckblatt	<ul style="list-style-type: none"> Das Medizinproduktegesetz wurde umbenannt und heißt jetzt Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) Die Hygieneordnung wird einmal jährlich vollständig überarbeitet
Desinfektion	<ul style="list-style-type: none"> Die Wischdesinfektion von Medizinprodukten und kleinen Flächen erfolgt mit Desinfektionstüchern (siehe Desinfektionsplan; Einwirkzeit beachten) Beim Umgang mit Flächendesinfektionsmittel Handschuhe tragen, wenn nötig Schutzbrille, verwenden Auf Handschuhe kann nur verzichtet werden, wenn der Hersteller ausdrücklich darauf hinweist Der „Standard für vorgetränkte Tücher zur Flächendesinfektion“ wurde in Abstimmung mit der Apotheke erstellt und ist verbindlich
Gastroenterale Sonden	<ul style="list-style-type: none"> Für die Spüllösung kann bei Intensivpatienten und immunsupprimierten Patienten neben sterilem NaCl 0,9 % oder Wasser für Injektionszwecke auch steriltfiltriertes Wasser verwendet werden
Händehygiene	<ul style="list-style-type: none"> Die Standzeit von Händedesinfektionsmittel beträgt 6 Monate (da alle an der UMR gelisteten Händedesinfektionsmittel mindestens 6 Monate haltbar sind)
Impfschutz	<ul style="list-style-type: none"> alle Impfempfehlungen wurden in Abstimmung mit dem BÄD getroffen als Impfangebot wird über den BÄD die Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME), Herpes-Zoster (Gürtelrose) und die Pneumokokken Impfung angeboten
Inhalation	<p>Inline-Medikamentenvernebler:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wechsel laut Herstellerangaben <ul style="list-style-type: none"> Verneblersysteme mit einer längeren Standzeit sind aus hygienischer und intensivmedizinischer Sicht zu bevorzugen (PEEP-Verlust mit nachfolgender notwendiger Beatmungsinvasivitätssteigerung) Wird der Inline-Medikamentenvernebler zwischenzeitlich abgenommen, ist dieser steril zu lagern bzw. muss dieser chemisch/thermisch aufbereitet werden (Herstellerangaben beachten)



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
	<ul style="list-style-type: none"> o Aufbereitung in der AEMP
Stationsküchen in der Forensik und auf einigen psychiatrischen Stationen	<ul style="list-style-type: none"> o Vor Aufnahme der Tätigkeit erfasst die Stationsleitung bzw. die verantwortliche Ergotherapeutin namentlich alle Personen, die in der Küche arbeiten werden und klärt sie über die Risikosituationen auf o Im Kühlschrank müssen alle Lebensmittel in geöffneten Behältnissen/Verpackungen innerhalb von 3 Tagen aufgebraucht werden, vor dem Verzehr muss eine Sichtkontrolle stattfinden
Medizinprodukte	<p>Bei der Lagerung von Medizinprodukten ist zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Die Fenster geschlossen halten, Personenbewegungen im Lagerraum sollen auf ein Minimum reduziert werden o Wände, Decken und Fußböden des Lagerraumes sollen glatt, leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein o Regale müssen eine Bodenfreiheit von mindestens 30 cm aufweisen o Keine Lagerung auf dem Fußboden o Keine Lagerung von sterilen Medizinprodukten in „unreinen“ Räumen, sowie keine Lagerung von Abfall, Schmutzwäsche, Patientenutensilien oder kontaminierten Gegenständen etc. in einem Lagerraum für sterile Güter o Die Art der Lagerung muss der Verpackung entsprechend gestaltet werden. Container können problemlos gestapelt werden o Das First-in–First-out-Prinzip spielt bei der Lagerhaltung eine zentrale Rolle und muss beachtet werden o Die Haltbarkeit ist abhängig von den Lagerbedingungen o Die in der Richtlinie definierte Lagerdauer gilt nur bei sach- und fachgerechter Lagerung o Medizinprodukte sind nach Ablauf der Lagerzeit einer validierten Aufbereitung zuzuführen oder zu verwerfen
Meldepflichtige Erkrankungen	<p>Laut § 6 Infektionsschutzgesetz und erweiterter Meldepflicht für MV, sind namentlich meldepflichtig:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Röteln, einschließlich Rötelnembryopathie o Zoonotische Influenza o Masernfolgeerkrankung <ul style="list-style-type: none"> • Erkrankung / Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
Patientenbetten und Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nach jedem Patientenwechsel wird das Kopfkissen aufbereitet und die Bettdecke gewechselt ○ Der Bettwäsche Wechsel erfolgt bei Bedarf, nach sichtbarer Kontamination, jedoch mindestens 1x wöchentlich ○ Für die Bettenaufbereitung möglichst nicht die Stationsflure nutzen <p>Empfohlene Intervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halbjährlich: eine visuelle Prüfung eines aufbereiteten Bettes und eine Qualitätsprüfung mittels mikrobiologischer Stichprobe • Jährlich: Sicherheitstechnische Überprüfung und Wartung bzw. nach Herstellerangaben, Reparaturen sind nur am desinfizierten Bett zulässig • Jährlich: eine Grundreinigung von jedem Bett durchführen • Jährlich: die Fachliche Anleitung/ Schulung und Überwachung der Mitarbeiter
Periphere Venenverweilkanülen (Flexülen bzw. PVK)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Liegedauer: Tägliche Überprüfung der Indikation <ul style="list-style-type: none"> • Sofortige Entfernung bei entzündlichen Veränderungen • Wird die periphere Venenverweilkanüle längere Zeit nicht genutzt, (> 24 h) ist die Indikation zu überprüfen bzw. die Kanüle zu entfernen
Säuglingsnahrung	<p>Umgang mit Muttermilch (Milch einer laktierenden Frau für ihr Kind)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufbewahrung und Haltbarkeit von Muttermilch <ul style="list-style-type: none"> • Lagerung im Kühlschrank bei +4°C: für max. 24 Stunden • Lagerung im Gefrierschrank bei -20°C: für max. 12 Monate • Muttermilch wird nur einmal erwärmt, nicht verabreichte Reste müssen verworfen werden • Keine Aufbewahrung bei Zimmertemperatur ○ Milchpumpen <ul style="list-style-type: none"> • Jede Mutter erhält ein eigenes Abpumpset



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Es werden stets Einmalsets eingesetzt, maximale Verwendung des Sets erfolgt für 24h • es erfolgt eine Zwischenreinigung nach jeder Nutzung je nach Herstellerangaben
Schränke	<ul style="list-style-type: none"> ○ Schrankaußenflächen der Patientenschränke: Die Reinigung der Außenflächen erfolgt täglich bei der Unterhaltsreinigung durch die Reinigungsfirma ○ Schrankinnenflächen der Patientenschränke: Eine Wischdesinfektion der Innenflächen wird nach jeder Entlassung eines Patienten von der Reinigungsfirma durchgeführt ○ Reinigung der Modul- und Pflegeschränke: Die Innenflächen werden durch das Stationspersonal 1x monatlich desinfizierend gereinigt bzw. umgehend bei sichtbarer Verschmutzung, dieses ist zu dokumentieren
Thoraxdrainage	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Austrittsstelle der Drainage muss mit sterilen Schlitzkompressen unterhalb und mit sterilen Kompressen auf dem Drainageschlauch abgedeckt werden ○ Die Kompressen sind dann mit Fixomull zu fixieren <p>Der Wechsel des Wasserschlosses (Kasten) erfolgt unter aseptischen Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hygienische Händedesinfektion ○ Medizinische Einmalhandschuhe anziehen ○ Schlauch / Schläuche mit Klemmen verschließen ○ Verbindungsstelle diskonnektieren und alten Kasten entfernen ○ Verbindungsstelle desinfizieren und neuen Kasten aseptisch anschließen ○ Öffnen der Schlauchklemme(n)
Transfusionen	<p>Vorbereitung (laut Transfusionsmedizinische Dienstanweisung/ Handbuch)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach Auslieferung der Konserven auf die Stationen ist der zuständige Arzt zu verständigen ○ Die Konserven müssen auf Unversehrtheit und Laufzeit überprüft werden



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung

- Eine Verdünnung von Erythrozytenkonzentraten mit isotonischer Kochsalzlösung oder sonstige Manipulation mit Medikamenten ist nicht gestattet!
- Die Transfusion muss nach Eröffnung der Konserven innerhalb von 6 Stunden abgeschlossen sein
- Eine behelfsmäßige Erwärmung auf Raumtemperatur oder über Raumtemperatur hinaus ist nur bei speziellen Indikationen notwendig (Massivtransfusionen, Transfusionen bei Neugeborenen und Patienten mit klinisch relevanten Kälteantikörpern) und darf nur in zertifizierten Blutwärmgeräten durchgeführt werden
- Eine Erwärmung im Wasserbad ist wegen der Gefahr des Eindringens von Wasser in einen beschädigten Blutbeutel und wegen der damit verbundenen Möglichkeit von bakteriellen Kontaminationen und Hämolysen nicht zulässig
- Eine Unterbrechung der Kühlkette von mehr als 30 Minuten soll vermieden werden. Einmal erwärmtes Blut darf für spätere Transfusionen nicht mehr gekühlt werden; es ist innerhalb von 6 Stunden zu transfundieren

Lagerung von Blutprodukten

- Zur kurzfristigen(!) Zwischenlagerung von Erythrozytenkonzentraten in den Einrichtungen der Krankenversorgung sind ausschließlich Blutkonservenkühlschränke erlaubt, die vom Hersteller speziell für diesen Zweck ausgewiesen sein müssen
- In folgenden Einrichtungen existieren Plasmadepots, in die vom Institut für Transfusionsmedizin nach telefonischer Anforderungsbestätigung direkt geliefert wird:
in den OP-Bereich oder auf PIT 1
- Die mit Thermometern oder auf dem Temperaturschreiber gemessene Temperatur ist täglich auf Protokollen festzuhalten
- Da gefrorene Frischplasmen aus dem Institut für Transfusionsmedizin zunächst ohne Zuordnung zu Patienten in diese Depots geliefert werden, ist bei diesen Depots eine produktbezogene Dokumentation zu führen (s. Abschnitt 4.10)



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Einhaltung der organisatorischen, technischen Voraussetzungen und der Hygienemaßnahmen wird durch Begehungen des Transfusionsverantwortlichen, ggf. mit Beteiligung eines Beauftragten des Krankenhaushygienikers (Hygienefachkraft) sichergestellt
Verbandswechsel	<ul style="list-style-type: none"> Beim Wechsel der Drainageflasche ist nach Ablegen der medizinischen Einmalhandschuhe eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen
Zytostatika	<ul style="list-style-type: none"> Es werden von der Apotheke der UMR hergestellte sterile Zubereitungen verwendet bzw. oral zu applizierende Fertigarzneimittel Während der Handhabung von Zytostatika darf am Arbeitsplatz nicht getrunken oder gegessen werden Das Infusionsbesteck ist mit der Trägerlösung ohne Zytostatika aufzufüllen und zu entlüften Die Infusionsbeutel sind bereits mit einem tropfsicheren Anstichdorn seitens der Apotheke versehen, der dann noch mit dem Infusionsbesteck verbunden werden muss Die Anstichdorne mit Filter sind seitens der Apotheke mit Trägerlösung vorgeflutet <p><u>Vorbereiten der Infusion/Injektion bzw. des Stellprozesses von oralen Zytostatika</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Kontamination der Umgebung ist zu verhindern durch Verwendung von Arbeitsunterlagen (z.B. Foliodrape) beim Stellen von Tabletten sind Einmalbecher zu verwenden Tablettenteiler sind stoffspezifisch zu verwenden, um Kreuzkontamination zu vermeiden <p><u>Ende der Infusion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Freisetzung von Zytostatika nach Ende der Infusion ist zu verhindern durch Nachspülen des Systems sollte sichergestellt werden, dass die komplette Zytostatika-Dosis appliziert wird ist eine Dekonnektion notwendig sie so vornehmen, dass alle Zytostatika-Reste im System verbleiben Infusionsbeutel und System nicht trennen (kein Umstecken der Infusionssysteme)



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Basishygieneordnung	
	<ul style="list-style-type: none"> gemeinsame Entsorgung von Infusionsbeutel und System (<20 ml Restvolumen: schwarze Tonne, >20 ml Restvolumen: gelbe Tonne (Zyto-Müll)) Schwangere, stillende Frauen sowie Jugendliche dürfen nicht für die Verabreichung von Zytostatika eingesetzt werden Wäsche: Deutlich kontaminierte Wäsche z.B. durch eine ausgelaufene Ampulle, ist als Sondermüll zu behandeln- Entsorgung in die gelbe Tonne (180108) Die Entsorgung erfolgt im gesonderten Behälter Gelbe Tonne mit Aufschrift "Zytotoxische und zytostatische Arzneimittel" (18 01 08) z. B. Infusionssysteme mit > 20 ml Restvolumen Eine Entsorgung über die Sanitärkanalisation und Hausmüll (schwarze Tonne) ist möglich bei Körperflüssigkeiten und Ausscheidungsprodukte von Zytostatika-Patienten, Tabletten und Infusionssysteme mit Restvolumen < 20 ml Retouren: Nicht verwendete, korrekt gelagerte Zytostatika-Zubereitungen mit Nicht-patientenindividuellen Fixdosen an die Apotheke der UMR zurücksenden nach Rücksprache mit der Apotheke Tel.: 5653. Nicht verwendete Zytostatika, die patientenindividuell dosiert werden, können fachgerecht auf Station entsorgt werden In jedem Fall die Apotheke unter Tel.: 5653 über die nicht erfolgte Applikation informieren, damit das Apothekenpersonal „nicht appliziert“ in Zenzy beim Patienten dokumentieren kann Verunreinigungen nach unbeabsichtigter Freisetzung von Zytostatika sind umgehend unter Einsatz personenbezogener Schutzmaßnahmen (Verwendung eines Spill-Kits, SAP Nr.: 11000014788 inkl. Cleansinald SS zur Dekontamination 12000007595) zu beseitigen Bei Kontamination der Haut mit Zytostatika ist eine Vorstellung bei D-Arzt angezeigt <p>In allen Fällen der Kontamination eines/r Arbeitnehmers/in ist ein Unfallbericht zu schreiben</p>



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Hygienemerkbblätter	
Candidozyma auris	<ul style="list-style-type: none"> ○ Candida auris ist umbenannt und ist jetzt unter Candidozyma auris zu finden
Creutzfeld-Jacob-Krankheit (CJK)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Desinfektionsmittel mit dem Wirkstoff Natriumhypochlorit 2,5% ist an der UMR in der Zentralen Notaufnahme (INZ) vorrätig und kann dort für den Bedarf angefordert oder abgeholt werden (Tel. 147459)
Haemophilus influenzae	<p>Postexpositionsprophylaxe Haemophilus influenzae Typ b:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine PEP wird empfohlen nach engem (face to face) Kontakt oder Kontakt mit infektiösem oropharyngealen Sekreten für folgende Personengruppen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungeimpfte oder unvollständig geimpfte, in Gemeinschaftseinrichtungen exponierte Kinder <5 Jahre ▪ Alle Kontaktpersonen mit erhöhtem Risiko wie Asplenie(Milzlosigkeit),Drogenkonsum,Wohnungslosigkeit,Mangel-ernährung oder chronischer Leber-oder Nierenerkrankung ○ In Ausbruchssituationen wird eine PEP zusätzlich empfohlen für: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle engen Kontaktpersonen, die selbst engen und regelmäßigen Kontakt zu vulnerablen Personen haben (unabhängig von Alter und Impfstatus) ○ Die Prophylaxe sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens 7 Tage nach Beginn der Erkrankung beim Indexfall, begonnen werden ○ In Ausbruchssituationen kann die PEP bis zu 28 Tage nach Erkrankungsbeginn beim Indexfall, sinnvoll sein, wenn die Kontaktpersonen selbst vulnerabel sind oder engen und regelmäßigen Kontakt zu vulnerablen Personen haben
Invasive bakterielle Enteritiden	<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Invasiven bakteriellen Enteritiden wurden um STEC – Shigatoxin produzierende E. coli ergänzt
Kopflausbefall	<ul style="list-style-type: none"> ○ Händedesinfektion gemäß Basishygieneordnung, Einwirkzeit beachten! ○ Im Anschluss ist ein gründliches Händewaschen erforderlich! ○ Cave: Desinfektionsmittel sind nicht gegen Läuse/ Nissen wirksam



Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025

Hygienemerkbblätter	
MRGN und MRSA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jedem Patienten wird die „Patienteninformation MRE“ übergeben ○ Bei einer MRSA Sanierung, diese bitte im MEQO Clinic (checkpad) oder im Copra dokumentieren
offene Lungentuberkulose	<ul style="list-style-type: none"> ○ Für die Flächendesinfektion das Gebrauchskonzentrat von terralin protect für den Fußboden auf 2% erhöhen

Spezielle Hygieneordnungen	
HO OP	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aus logistischen und infektionspräventiven Gründen ist es sinnvoll, Patienten mit bestimmten Erregern am Ende des OP-Programms zu operieren, z. B.: Influenza, Corona, offene TBC, Windpocken, Papillomaviren bei Laser-Ablation ○ Für ambulante Patienten gelten die gleichen Anforderungen bei einer Operation, wie für stationäre Patienten ○ Bei der Verlegung von Patienten aus dem OP in den Aufwachraum bzw. zur ITS, beim Wechsel in den OP-Saal 11 und 12, und in die ambulanten OP-Säle ist ein Schutzkittel zu tragen <p>Zentrale Vakuumanlage (Absaugung):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entsorgung der gefüllten Auffangbehälter ohne vorherige Entleerung - medizinischer Abfall („E-Abfall - 180104) in die schwarze Tonne ○ Desinfizierende Reinigung aller abnehmbaren Teile ○ Bei spezifischen Infektionen sind die Behälter - infektiöser Abfall (180103) in die blaue Tonne ○ siehe auch die Hygienemerkbblätter
HO Endoskopie	<ul style="list-style-type: none"> ○ Für aufbereitete Endoskope erfolgt der Transport in einem geschlossenen Behälter zum Endoskopschrank oder sie verbleiben im geschlossenen Behälter ○ Die Trocknung, Funktionskontrolle und Verpackung der Zusatzinstrumente erfolgt ausschließlich in der AEMP ○ Die Vorreinigung erfolgt am Arbeitsplatz, dabei ist das Endoskop mit einem flusenfreien, feuchten, in Reinigungslösung getränkten Tuch abzuwischen ○ Vorgehensweise bei nachträglichem Bekanntwerden eines CJK Verdachts: Bei nachträglichem Bekanntwerden

**Zusammenfassung: Änderungen Basishygieneordnung 2025**

Spezielle Hygieneordnungen	
	eines vCJK-Verdachts ist das Endoskop vorsorglich sofort aus dem Verkehr zu ziehen (Quarantäne) und die Krankenhaushygiene ist umgehend zu benachrichtigen
HO AEMP	<ul style="list-style-type: none">○ Die AEMP ist an der UMR auf die Standorte Schillingallee (Hauptstandort) und Doberaner Straße verteilt. Die AEMP dient der Aufbereitung von gebrauchten, verschmutzten und mikrobiell kontaminierten wiederaufbereitbaren Medizinprodukten (MP) aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses○ Eine Händewaschung muss erfolgen, wenn die Hände sichtbar verschmutzt sind○ Ansonsten ist die Händedesinfektion der Händewaschung vorzuziehen, da sie effektiver die Keimzahl reduziert
Sonstiges	
infektiöse Betten	<ul style="list-style-type: none">○ Diese Betten verbleiben bis zur Reinigung im Zimmer, der Reinigung ist mitzuteilen um welchen Erreger es sich handelt○ Nur so können sie das entsprechende Desinfektionsmittel verwenden
MRE-Patienteninformation	<ul style="list-style-type: none">○ Jetzt auch in Arabisch und Englisch verfügbar



Kenntnisnahme und Unterschriften

Jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin ist verpflichtet, die Hygieneordnung einzuhalten. Verantwortlich für die Einhaltung der im Folgenden beschriebenen Verhaltensregeln und die Durchführung der Hygienemaßnahmen sind für den/die

Ärztlichen Dienst

- o Leitende Ärzte

Pflegedienst

- o Stationsleitung

Technischen Geräte und Einrichtungen

- o Leitende Ärzte der operativ tätigen Fachabteilungen bzw.
- o Geschäftsbereich Bau/Betriebs- und Medizintechnik / Fachbereich Medizintechnik

Medizinisch radiologischen Assistenten

- o Gesamtleitung MTRA

Physiotherapeuten

- o Leitende Physiotherapeuten

Tochtergesellschaften der UMR

- o Jeweilige Geschäftsführung

Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt jede/jeder Mitarbeiterin/Mitarbeiter, dass sie/er den Inhalt der Hygieneordnung zur Kenntnis genommen hat.

Sie/er bestätigt weiterhin, dass sie/er alle zum Verständnis notwendigen Erläuterungen angefordert und erhalten hat.

Name	Datum	Unterschrift



Kenntnisnahme und Unterschriften

[illegible]