|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ambulanter Pflegedienst:** | | |  | | | | | | |
| **Arbeitsbereich:** | | |  | | | | | | |
| **Biostoffe/**  **Mikroorganismen/ Krankheitserreger:**  Biostoffverzeichnis | | |  | | | | | | |
| **Höchste Risikogruppe:** | | | **1** | **2** | | | **3\*\*** | | **3** |
|  |  | | | Biostoffe, deren Übertragung normalerweise nicht über Luftweg erfolgt. | |  |
| Zusätzliche Gefährdung durch sensibilisierendes Potenzial | | | | | | | Ja  Nein | | |
| Zusätzliche Gefährdung durch toxisches Potenzial | | | | | | | Ja  Nein | | |
| **Art der nicht gezielten Tätigkeiten** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Mögliche Übertragungswege** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Dauer, Häufigkeit der Exposition:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Liegen tätigkeitsbezogene Erkenntnisse vor? Wenn ja, welche?** | | | | | | | | | |
| Belastung – Expositionssituation einschließlich psychosozialer Faktoren | | |  | | | | | | |
| Vorgefallene Unfälle | | |  | | | | | | |
| Arbeitsmedizinische Erkenntnisse | | |  | | | | | | |
| **Substitution:**   * durch geeignete Verfahren * sichere Arbeitsinstrumente | | |  | | | | | | |
| **Ergebnis:** | | | | | | |
| **Bewertung:** | | | | | | | | | |
| Geringes Risiko,  vergleichbar Schutzstufe 1 | | Mittleres Risiko,  vergleichbar Schutzstufe 2 | | | | | Hohes Risiko,  vergleichbar Schutzstufe 3 | | |
| **Erforderliche Schutzmaßnahmen:**  – Tätigkeiten in der ambulanten Pflege siehe Kapitel 5.1 der TRBA 250 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Betroffene Beschäftigte:**  (einschließlich gleichgestellter Personen wie Schüler, Praktikanten, Ehrenamtliche etc.) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Verfahren bei Nadelstichverletzungen festgelegt** | | | | | | | |  | |
| **Schriftliche Betriebsanweisung nach § 14 erstellt** **oder Integration in den Hygieneplan oder in eine Verfahrensanweisung:**  (Einbeziehung arbeitsmedizinischer Aspekte) | | | | | | | |  | |
| **Unterweisung:**  (vor Aufnahme der Tätigkeit und danach mindestens 1x/Jahr, mündlich). Dokumentation des Inhalts und des Zeitpunkts, Unterschrift des Beschäftigten | | | | | | | |  | |
| **Arbeitsmedizinische Vorsorge:**  (BioStoffV § 12, ArbMedVV, Anhang Teil 2) | | | | | Pflicht erfolgt | Angebot erfolgt | | Nicht relevant | |
| **Datum:** | | | | |  | | | | |
| **Unterschrift** | | | | |
| **Wirksamkeit:**  **Ja  Nein** | **Überprüfungsdatum:** (mind. alle 2 Jahre) | | | |  | | | | |
| **Unterschrift** | | | | |

**Fachkundige Beratung bzw. Durchführung durch:**