



**Erklärung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Hygiene-  
Verordnung (HHygVO)**

**Praxisnamen:** **oder Praxisstempel:**

Straße:

Postleitzahl:

Ort: Frankfurt am Main

Telefonnummer:

Ich führe (in meiner Praxis):

keine invasiven Methoden durch (ausschließlich orale Medikamente oder Gespräche)  
folgende Methoden durch (bitte ankreuzen):

**Blutentnahme/Spritzen, Injektionen**

Injektionen

Infusionen

Eigenblutbehandlung

Verschiedene Oxigenierungsverfahren

Uro Therapie

Thymustherapie

Zelltherapie

**Ausleitverfahren**

Aderlass

Blutegeltherapie

Baunscheidt-Therapie

Cantharidentherapie

Schröpfen

**Akupunktur – verschiedene Verfahren**

mit Einmalnadeln

mit wieder aufbereitbaren Nadeln

**Weitere Methoden**

Colon-Hydro-Therapie

Balneotherapie (Kneipp, andere)

Bioresonanz, Hochfrequenztherapie, Kinesiologie etc.

**Andere invasive Methoden:**

Hebammen:

Existiert in Ihrer Praxis ein Hygieneplan? ja nein in Arbeit

Existiert in Ihrer Praxis ein Reinigungs- und Desinfektionsplan? ja nein in Arbeit

Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)

Ich bereite Instrumente/Geräte auf

wenn ja welche:

Desinfektion mit (Mittel, Konzentration):

Sterilisation mit Heißluft (bitte Gerätenamen angeben):

Temperatur:

Dauer:

Sterilisation mit Dampf (bitte Gerätenamen angeben):

Temperatur:

Dauer:

## Mitarbeiterliste

### Praxisnamen:

Straße:

Postleitzahl:

Ort: Frankfurt am Main

### Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigelegt

### Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigelegt

### Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigelegt

### Nachname:

Geburtsnamen (bei Abweichung):

Vorname:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Berufsbezeichnung:

Tätig seit:

Tätig bis:

Berufsurkunde beigelegt