

HYGIENE-KONTROLLCHECKLISTE

1. OBJEKT- UND KONTROLLDATEN

Kunde / Auftraggeber:		Kontroll-Nr.:	
Objekt / Liegenschaft:		Objekt-Nr.:	
Objektadresse:		Kontrolldatum:	
Leistungsbereich:		Uhrzeit:	
Kontrolliert durch:		Objektleitung EGD:	

2. ALLGEMEINE HYGIENESTANDARDS

Kontrollpunkt	i.O.	Abw.	N/A	Bemerkung
Reinigungsplan / Hygienevorgaben am Objekt bekannt				
Saubere und unreine Arbeitsmittel getrennt				
Farbcodierung der Reinigungstextilien eingehalten				
Reinigungstücher / Mopps hygienisch einwandfrei				
Reinigungs- und Desinfektionsmittel korrekt gekennzeichnet				
Dosierungs- und Anwendungsvorgaben eingehalten				
Reinigungsmittel sicher und verschlossen gelagert				
Persönliche Schutzausrüstung entsprechend Tätigkeit genutzt				

3. SANITÄRHYGIENE

Kontrollpunkt	i.O.	Abw.	N/A	Bemerkung
WC / Urinale hygienisch sauber				
Waschbecken und Armaturen sauber				
Kontaktflächen / Türgriffe gereinigt				
Spiegel / Sichtflächen sauber				
Bodenflächen sauber und ohne Rückstände				
Seife, Toilettenpapier und Handtücher ausreichend				
Abfallbehälter geleert und hygienisch sauber				

4. KÜCHEN-, SOZIAL- UND GEMEINSCHAFTSBEREICHE

Kontrollpunkt	i.O.	Abw.	N/A	Bemerkung
Arbeits- und Ablageflächen hygienisch sauber				
Spüle / Armaturen sauber				
Tische und Kontaktflächen gereinigt				
Außenflächen von Geräten sauber				
Abfallsorgung ordnungsgemäß durchgeführt				
Bodenflächen hygienisch sauber				

5. REINIGUNGSMITTEL, MATERIAL UND GERÄTE

Kontrollpunkt	i.O.	Abw.	N/A	Bemerkung
Reinigungswagen sauber und ordentlich				
Geräte / Maschinen nach Gebrauch gereinigt				
Materialien sauber und trocken gelagert				
Keine Vermischung ungeeigneter Reinigungsmittel				
Produktinformationen / Anwendungshinweise verfügbar				
Verbrauchsmaterialbestand ausreichend				

6. HYGIENEABWEICHUNGEN / MASSNAHMEN

Nr.	Abweichung / Feststellung	Korrekturmaßnahme	Verantwortlich	Frist
01				
02				
03				

7. ABSCHLUSSBEWERTUNG

 Hygienestatus: ☐ einwandfrei ☐ geringe Abweichungen ☐ Nacharbeit erforderlich ☐ kritisch

 Nachkontrolle: ☐ Ja ☐ Nein Termin: _____

Abschlussbemerkung / weitere Hygienemaßnahmen:

8. BESTÄTIGUNG

Kontrolliert durch EGD Name / Datum / Unterschrift	Objektleitung EGD Name / Datum / Unterschrift	Auftraggeber / Kunde (optional) Name / Datum / Unterschrift
---	--	--