

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhausstraße 11  
72770 Reutlingen

Susanne Flohr | Telefon 07121 917-2250 | Susanne.Flohr@kvbawue.de

# Bewerbung als Hygieneinstitut

## zur hygienisch-mikrobiologischen Überprüfung von Koloskopen

\_\_\_\_\_  
Name des Instituts

\_\_\_\_\_  
BSNR (sofern vorhanden)

### Leiter/in des Instituts:

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
LANR (sofern vorhanden)

### Anschrift und Kontaktdaten des Instituts:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

## Eignung eines Hygieneinstituts

Der Leiter/die Leiterin des Hygieneinstituts ist berechtigt, eine der folgenden Facharztbezeichnungen zu führen (bitte entsprechende Approbations- und Facharzturkunde beifügen, sofern der KVBW noch nicht vorgelegt):

- Hygiene und Umweltmedizin
- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

### Hiermit verpflichten wir uns,

- die Durchführung der hygienisch-mikrobiologischen Kontrolle sowie die Probenverarbeitung, Kulturmethodik und Keimdifferenzierung nach dem allgemein anerkannten Stand von Medizin und Wissenschaft durchzuführen.
- die entsprechenden Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI), welche in den 'Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und Zusatzinstrumentariums' festgelegt sind, zu beachten.

## Abschluss einer Rahmenvereinbarung

Die KVBW kann mit den von ihr anerkannten Hygieneinstituten jeweils eine Rahmenvereinbarung abschließen, in der unter anderem das Procedere der Durchführung der hygienisch-mikrobiologischen Kontrolle von flexiblen Endoskopen geregelt ist.

## Einverständniserklärung

- Wir sind damit einverstanden, dass unser Hygieneinstitut auf der Internetseite der KVBW ([www.kvbawue.de/koloskopie](http://www.kvbawue.de/koloskopie)) veröffentlicht wird.

## Prüfgebiet

Unsere Bewerbung bezieht sich auf

- ganz Baden-Württemberg
- folgende Teilbereiche (Bezirksdirektionen, Stadt-/ Landkreise):

---

---

---

---

---

Datum: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

PLZ

Ort

---

Unterschrift Antragsteller/ Leiter/in des Hygieneinstituts