

Infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt gemäß § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG v. 20.07.2000)

Checkliste zur Schulbegehung

Schule: _____ Ort: _____ Datum: _____

Zeitraum der Begehung: Beginn: _____ Ende: _____

Teilnehmer: Schulträger: _____ Anzahl der:
 Schule: _____ Schülerinnen/Schüler: _____
 Elternbeirat: _____ Lehrerinnen/Lehrer: _____
 Gesundheitsamt: _____
 Schülervertretung: _____

I. Hygienemanagement

Bemerkung:

| | | | | | |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Hygieneplan vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hygiene Thema im Unterricht | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gesundheits-erziehung | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Projekt Gesundheitsfördernde Schule Teilnahme | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Umsetzung des § 35 IfSG | | | | | |
| Meldepflicht nach § 34 IfSG bekannt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| wer ist für die Meldung verantwortlich? _____ | | | | | |
| Meldeformular nach § 34 IfSG vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| regelmäßige Belehrung der Lehrkräfte gemäß § 35 IfSG ? | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| durch wen dokumentiert | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Werden die Eltern über Ihre Mitwirkungspflicht nach § 34 informiert ? | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| IfSG- Leitfaden (HSM) vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wiederzulassungsempfehlungen (RKI) vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Belehrung nach § 43 IfSG

Schulküche:

| | | | | | |
|------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Erstbelehrung d. GA | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wiederholungs- belehrung | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| durch wen | | | | | _____ |
| dokumentiert | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Begehung durch das Veterinäramt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Wann war die letzte Begehung durch das Veterinäramt: _____

Kiosk:

| | | | | | |
|------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Erstbelehrung d. GA | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wiederholungs- belehrung | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| durch wen | | | | | _____ |
| dokumentiert | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Begehung durch das Veterinäramt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Wann war die letzte Begehung durch das Veterinäramt: _____

II. Verkehrsflächen

Pausenhof:

| | | | | | | |
|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| groß | <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | klein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| laut | <input type="checkbox"/> | mäßig laut | <input type="checkbox"/> | gedämpft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| begrünt | <input type="checkbox"/> | wenig begrünt | <input type="checkbox"/> | unbegrünt | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Beton/Teer | <input type="checkbox"/> | Pflaster | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Spielflächen | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Spielgeräte | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | | ausreichend | <input type="checkbox"/> | nicht ausr. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Überdachung | | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Aula/Flur:

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|-----|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Fliesen | <input type="checkbox"/> | Teppich | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | | ja | <input type="checkbox"/> | | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| laut | <input type="checkbox"/> | mäßig laut | <input type="checkbox"/> | | | gedämpft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | | ausreichend | <input type="checkbox"/> | | | nicht ausr. | <input type="checkbox"/> | _____ |

| | | | | | |
|---------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Tische/Bänke | ausreichend | <input type="checkbox"/> | nicht ausr. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tageslicht | ausreichend | <input type="checkbox"/> | nicht ausr. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fenster | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Treppenhaus:

| | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Fliesen | <input type="checkbox"/> | Teppich | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| laut | <input type="checkbox"/> | mäßig laut | | <input type="checkbox"/> | | gedämpft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tageslicht | | ausreichend | | <input type="checkbox"/> | | nicht ausr. | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fenster | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| zu öffnen | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kondenswasser | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schimmel | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Handlauf | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

III. Sanitärbereich

Lehrer WC- Räume: _____

Schüler WC- Räume: _____

Lehrer Anzahl Toiletten: _____

Urinale: _____

Waschbecken: _____

Lehrerinnen Anzahl Toiletten: _____

Waschbecken: _____

Jungen Anzahl Toiletten: _____

Urinale: _____

Waschbecken: _____

| | | | | | | | |
|---------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| Böden | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wände | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fenster | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| zu öffnen | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kondenswasser | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schimmel | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aborte | | | | | | | |
| defekt | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| WC-Sitze | | | | | | | |
| defekt | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| Toilettenpapier | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Urinale | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Waschbecken | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Händetrocknung: | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Papier <input type="checkbox"/> | Textil | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruchsbelästigung | | | | | |
| stark <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bemerkung: | | | | | _____ |
| | | | | | _____ |
| | | | | | _____ |

| | | | | |
|--------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <u>Mädchen:</u> | Anzahl Toiletten: _____ | Waschbecken: _____ | | |
| Böden | Fliesen <input type="checkbox"/> | PVC <input type="checkbox"/> | sonstiges <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Wände | Fliesen <input type="checkbox"/> | PVC <input type="checkbox"/> | sonstiges <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Fenster | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Aborte | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| WC-Sitze | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenpapier | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Bindeneimer/Beutel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Waschbecken | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Händetrocknung: | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Papier <input type="checkbox"/> | Textil | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruchsbelästigung | | | | | |
| stark <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bemerkung: | | | | | _____ |
| | | | | | _____ |
| | | | | | _____ |

IV. Klassenzimmer

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Böden | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Wände | | | | | | | |
| verputzt | <input type="checkbox"/> | verkleidet | <input type="checkbox"/> | Kunststoff | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| feucht | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Decken | | | | | | | |
| verputzt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| schallgedämmt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Fenster | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Sonnenschutz | ohne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | _____ |
| außen | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| innen | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Lüftung (wie, wie oft, Dauer) | | | | | | | _____ |
| Grünpflanzen | Erde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hydrokult. | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| verschimmelt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Waschbecken | | | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| Seifenspender | | | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | | _____ |

| | | | | | |
|---------------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Händetrocknung: | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Papier <input type="checkbox"/> | Textil | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schulmöbel | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| versch. Größen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruch | | | | | |
| stark <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kleiderhaken | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bemerkung: | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

V. Sonstige Räume

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------|
| Fachräume: | Chemie <input type="checkbox"/> | Physik <input type="checkbox"/> | Biologie <input type="checkbox"/> | Werken <input type="checkbox"/> | | |
| Böden | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wände | | | | | | |
| verputzt | <input type="checkbox"/> | verkleidet | <input type="checkbox"/> | Kunststoff | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| feucht | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Decken | | | | | | |
| verputzt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| schallgedämmt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fenster | | | | | | |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonnenschutz | ohne | <input type="checkbox"/> | | | | _____ |
| außen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| innen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lüftung (wie, wie oft, Dauer) _____ | | | | | | |
| Erste Hilfe | | | | | | |
| Augenspülflasche | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Waschbecken | | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Handtücher: | | | | | |
| Papier | <input type="checkbox"/> | keine Rolle | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schulmöbel | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| versch. Größen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruchsbelästigung | | | | | |
| stark | <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> |
| Kleiderhaken | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bemerkung: | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

VI. Schulküche

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Handwaschbecken | | | | | |
| vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Handtücher: | | | | | |
| Papier | <input type="checkbox"/> | keine Rolle | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

VII. Kiosk

| | | | | | |
|-----------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Handwaschbecken | | | | | |
| vorhanden | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Handtücher: | | | | | |
| | | keine | <input type="checkbox"/> | | _____ |

Papier Rolle Luft _____
 Angebotene Lebensmittel: _____

VIII. Sporthalle

Böden Holz PVC sonstiges
 defekt ja nein _____
 Wände verputzt verkleidet Kunststoff
 defekt ja nein _____
 feucht ja nein _____
 Decken verputzt ja nein _____
 schallgedämmt ja nein _____
 Fenster ja nein _____
 zu öffnen ja nein _____
 Kondenswasser ja nein _____
 Schimmel ja nein _____
 Sonnenschutz ohne _____
 außen ja nein _____
 innen ja nein _____
 Lüftung (wie, wie oft, Dauer) _____
 Geruch stark mittel gar nicht _____

IX. a) Sporthalle Sanitäranlagen

Jungen:

Böden Fliesen PVC sonstiges
 defekt ja nein _____
 sauber ja nein _____
 Wände Fliesen PVC sonstiges
 defekt ja nein _____
 Fenster ja nein _____
 zu öffnen ja nein _____
 Kondenswasser ja nein _____
 Schimmel ja nein _____
 Aborte defekt ja nein _____
 sauber ja nein _____
 WC-Sitze defekt ja nein _____

| | | | | | |
|---------------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Toilettenpapier | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Urinale | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Waschbecken | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Händetrocknung: | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Papier <input type="checkbox"/> | Textil | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruch | | | | | |
| stark <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bemerkung: | _____ | | | | |
| | _____ | | | | |
| | _____ | | | | |

Mädchen:

| | | | | | | | |
|--------------------|---------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| Böden | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Wände | Fliesen | <input type="checkbox"/> | PVC | <input type="checkbox"/> | sonstiges | <input type="checkbox"/> | _____ |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Fenster | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Aborte | | | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| WC-Sitze | | | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Toilettenpapier | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Bindeneimer/Beutel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ | | |

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Waschbecken | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Seifenspender | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| befüllt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Händetrocknung: | | | | | |
| Papier | <input type="checkbox"/> | Textil | <input type="checkbox"/> | Luft | <input type="checkbox"/> |
| Armaturen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Türen/-griffe | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mülleimer | | | | | |
| ja | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Geruch | | | | | |
| stark | <input type="checkbox"/> | mittel | <input type="checkbox"/> | gar nicht | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkung: | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |

IX. b) Sporthalle Duschräume/Umkleide

| | | | | | |
|---------------|----|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Duschräume | | | | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fenster | | | | | |
| zu öffnen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kondenswasser | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schimmel | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heizung | | | | | |
| regulierbar | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Duschen | | | | | |
| defekt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| verkalkt | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

X. Reinigungsutensilien/ Putzmittelraum

| | | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-------|
| Putzraum | | | | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Mopp | | | | | |
| ja | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wischtücher | | | | | |
| ja | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Waschmaschine | | | | | |
| ja | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Wäschetrockner | | | | | |
| ja | <input type="checkbox"/> | | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Reinigungsutensilien | | | | | |
| sauber | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |
| geeignet | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | _____ |

Reinigungsplan
 vorhanden ja nein

Reinigungsintervalle: Sanitärbereiche _____
 Fußböden _____
 Kontaktflächen (Türgriffe) _____

Reinigung durch eine Fachfirma
 ja nein Firmenname _____

Reinigung durch eigenes Personal
 ja nein Anzahl _____

wird die Reinigung kontrolliert
 ja nein von wem _____

Ist die Reinigung in „Sonderfällen“ (bei Kontakt mit Blut, Stuhl, Erbrochenem) geregelt
 ja nein _____

werden hierfür Einmalhandschuhe vorgehalten
 ja nein _____

Flächendesinfektionsmittel
 vorhanden ja nein
 VAH/DGHM- gelistet ja nein

Desinfektionsreiniger
 vorhanden ja nein

Arbeitshandschuhe
 vorhanden ja nein
 geeignet ja nein

Bemerkung:

XI. Erste Hilfe

Sanitätsraum ja nein
 Krankenliege ja nein
 Krankentrage ja nein
 Löschdecke ja nein

Händedesinfektionsmittel
 vorhanden ja nein
 VAH/DGHM- gelistet ja nein

Augenspülflasche ja nein
 gefüllt ja nein

Zahnrettungsdose
 vorhanden ja nein

Anleitung zur 1. Hilfe ja nein

Notfallnummern sichtb. ja nein

Verbandskästen
 vorhanden ja nein
 vollständig ja nein

wird der Inhalt regelmäßig kontrolliert
ja nein von wem _____

Verbandsmaterial
abgelaufen ja nein _____

Verbandbuch
vorhanden ja nein _____

Lehrer mit Ausbildung in 1. Hilfe
ja nein wie viele _____

Bemerkungen:

XII. Ausgehändigte Merkblätter und Informationen

| | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Infos zum Thema Läuse | <input type="checkbox"/> | Flyer „Schule und Gesundheit“ |
| <input type="checkbox"/> | Erste Hilfe an Schulen | <input type="checkbox"/> | Flyer „Richtiges Lüften“ |
| <input type="checkbox"/> | Muster Reinigungsplan | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Muster Hygieneplan | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> | _____ |

XIII. sonstige Mängel
