

# Bestellung zum Hygienebeauftragten

gemäß § 1 Abs. 2 HygMedVO

## Unternehmen:

## Arbeitnehmer:

Name:

geboren:

Wohnort:

In Ergänzung zu Ihrem Arbeitsvertrag vom \_\_\_\_\_ bestellen wir Sie hiermit gemäß § 1 Abs. 2 HygMedVO,  
zur/zum **Hygienebeauftragten**.

Die Befähigung zur Aufgabenübernahme besteht durch erfolgreichen Abschluss / Teilnahme  
an: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

## Zu den übertragenen Aufgaben gehören, insbesondere:

- Die Organisation und Überwachung von Hygienemaßnahmen
- Die Pflege und Anpassung des Hygieneplans
- Die Erfassung von Infektionsgefahren
- Die Aufbereitung und Freigabe von Medizinprodukten
- Die Erkennung von Gefährdungen am Arbeitsplatz
- Das Tragen von Schutzkleidung und sonstiger persönlicher Schutzausrüstung
- Die Händehygiene
- Die Überwachung des korrekten Umgangs mit Desinfektionsmitteln und Gefahrstoffen
- Die Überwachung der Desinfektion und Reinigung von Geräten und Arbeitsbereichen
- Die Überwachung der ordnungsgemäßen Entsorgung von Praxisabfällen
- Die Vermittlung des richtigen Verhaltens bei Arbeitsunfällen und Notfallsituationen

Wir bitten Sie, zum Zeichen Ihres Einverständnisses, die beigefügte Zweitschrift zu unterschreiben und an die Personalabteilung zurückzugeben. Das Original behalten Sie bitte bei Ihren Unterlagen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Geschäftsleitung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hygienebeauftragte/r

