

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ bzw. ausfüllen!



LANDRATSAMT ROSENHEIM

Staatliches Gesundheitsamt

Prinzregentenstraße 19
83022 Rosenheim

+49 8031 392-6002
gesundheitsamt@lra-rosenheim.de

Erklärung zur Praxishygiene

1.	Vorname, Name:	
	Praxisanschrift:	
2.	<input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis keine invasiven Methoden durch (keine Verletzung des menschlichen Körpers z.B. durch Nadeln, Schnitte, etc.)	
3.	<input type="checkbox"/> Ich führe in meiner Praxis folgende invasiven Methoden durch	
	<u>A) Blutentnahmen / Spritzen / Injektionen</u>	
	<input type="checkbox"/> Injektionen	<input type="checkbox"/> Infusionen
	<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	<input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung
	<input type="checkbox"/> UV-Licht - aktivierte Eigenbluttherapie	<input type="checkbox"/> HOT-hämatogene Oxidationstherapie
<input type="checkbox"/> Ultra-Violett-Bestrahlung des Blutes	<input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung	
<input type="checkbox"/> sonstige Blutozonierungsverfahren: _____	<input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie	
	<input type="checkbox"/> _____	
	<u>B) Ausleitverfahren</u>	
<input type="checkbox"/> Aderlass	<input type="checkbox"/> Blutegeltherapie	
<input type="checkbox"/> Schröpfen	<input type="checkbox"/> blutiges Schröpfen	
<input type="checkbox"/> Baunscheidtieren	<input type="checkbox"/> _____	
	<u>C) weitere Therapieverfahren bzw. Leistungen</u>	
<input type="checkbox"/> Akupunktur (verschiedene Verfahren)		
<input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie		
<input type="checkbox"/> Balneotherapie (Kneipp, Floating, andere)		
<input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen, z.B. mit Laser		
<input type="checkbox"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation / Laserepilation		
	<u>E) sonstige invasive Maßnahmen</u>	
<input type="checkbox"/> _____		
4.	<input type="checkbox"/> Ich verwende ausschließlich Einmalmaterial (keine Wiederaufbereitung)	
	<input type="checkbox"/> Ich bereite folgende Instrumente /Geräte auf	Aufbereitungsverfahren:
	_____	_____
	_____	_____

Ort, Datum

Unterschrift