

QMH

Formular Einarbeitung PD

F.VwL.HV.03.00

Gültigkeit/Verteiler:

X													
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Name MA: _____

Anforderungen nach 4 Wochen	Erfüllt ja/nein	Bemerkungen/Maßnahmen
Soll sich im Haus auskennen, z.B. verschiedene Häuser, Therapieräume		
„Laufzettel“ ist ausgefüllt und in der Verwaltung abgegeben		
Wichtige Rufnummern kennen, z.B. Arzt, Notruf, Rezeption usw.		
Arbeitsabläufe pro Schicht kennen		
Am Wochenende/Feiertag selbständig arbeiten		
Sicherer Umgang mit dem Notfallrucksack/ Einleitung von Maßnahmen		
Einweisung in Umgang mit techn. Geräten, z.B. BZ-/ O2- Gerät, EKG ist erfolgt		
Sichere Kenntnis der Abläufe bei Verlegungen		

Mitarbeitergespräch nach 4 Wochen

Datum/Unterschrift des Mitarbeiters

Anforderungen nach 3 Monaten	Erfüllt ja/nein	Bemerkungen/Maßnahmen
Sicherheit in der Ausarbeitung von Pat.-Akten		
Sicherheit im Umgang mit Kurvas/EPA, z.B. Anordnungen ausführen, Listen drucken, Dokumentation usw.		
Sicherheit mit der Medikamentenliste, Austausch, Bestellung, BTM.		
Umgang mit MRSA-Patienten		
Sicherer im Umgang mit dem QM-Handbuch		
Kenntnis von Datenschutz, Brandschutz, Notfall, Hygiene		

Mitarbeitergespräch nach 3 Monaten

Datum/Unterschrift des Mitarbeiters