

QMH

Formular: Desinfektion Badeabteilung

F.PT.HV.01.00



Gültigkeit/Verteiler:

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

Desinfektion und Reinigung → Brunnenhaus/Behandlungskabinen/Fangoküche

Monat/Jahr: _____ / _____

WAS	WANN	Datum und Handzeichen																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Therapiebänke	Nach jeder Anwendung																															
Lagerungsmaterial	1 x Woche																															
Hocker	täglich																															
Schreibtisch/Ablagen	1 x Woche																															
Fangoofen	1 x Woche																															
Fangoschrank	1 x Woche																															
Fangobleche	1 x Woche																															
Fangoofen Temperatur	1 x Woche																															