

Gültigkeit/Verteiler:

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

Desinfektion und Reinigung → Elektrotherapie

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
Elektrogeräte	1 x Woche																															
Elektroden	Nach Anwendung																															
Vorratsschränke	1 x Monat																															
Schreibtisch/Ablagen/ Hocker	1 x Woche																															
Liegen	Nach jeder Anwendung																															
Motorschienen	Nach jeder Anwendung																															
Hydrojets	Nach jeder Anwendung																															
Kaltluftgerät	1 x Woche																															
Motomed	1 x Woche																															