

Gültigkeit/Verteiler:

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

Desinfektion und Reinigung → Ergotherapie II

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
Therapiematerial	nach Anwendung																															
Therapieliege	nach Anwendung																															
Flächenreinigung → Schreibtisch → Therapietische	1 x Woche																															
Flächenreinigung (RD) Oberflächen, Mobiliar, Waschbecken, Fußboden	2 x Woche																															
Regale	1 x Monat																															
Aufbewahrungsbehälter für Übungsmittel	1 x Monat																															
Hilfsmittel Therabänder, Stäbe, Bälle	1 x Monat																															
Therapieschränke	1 x Monat																															