



MUTTERHAUS INTERN



Einarbeitungskatalog
Ärzte

Abteilung für Schmerz- und Palliativmedizin
Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen



Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

SEITE	INHALT
3	1. Begrüßung
3	2. Vorstellung der Abteilung
4	3. Wichtige Ansprechpartner für Sie
5	4. Checklisten für die Einarbeitung
6	5. Lageplan
7	6. Dokumentation
7	6.1 Dokumentationspflicht
7	6.2 Rechtfertigende Indikationsstellung
7	6.3 Applizierte Medikamente / verwendete Materialien in der EDV
8	6.4 Hinweise für den weiterbehandelnden Arzt
8	6.5 Befundübermittlung
8	6.6 Dienstvereinbarung Dokumentation / Patientenakten
9	6.7 Prozessablauf: Patientenakte / Arztbrief (CareCenter Text)
10	7. Management von Komplikationen
10	7.1 Kontrastmittelzwischenfälle
10	7.2 Paravasate
10	7.3 Komplikationen bei interventionellen Maßnahmen
10	7.4 Patientenaufklärung
10	7.5 Beschwerdemanagement
11	7.6 Beschädigung von Geräten / Inventar
11	8. Tagesablauf und Dienstzeiten
11	9. Fortbildungen
11	10. Rufbereitschaftsdienste
12	11. Urlaub
12	12. Einarbeitungskatalog für Ärzte
13	13. Checkliste Arbeitssicherheit, nicht-medizinische Notfallmaßnahmen und weitere Bereiche
14ff.	14. Anlagen

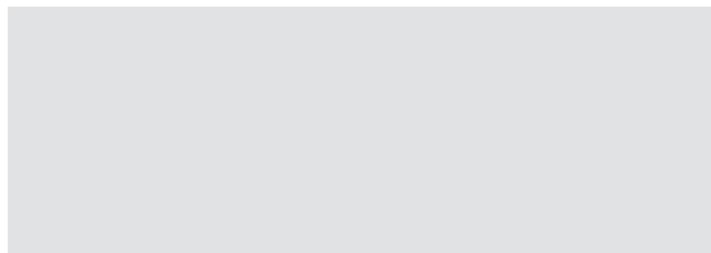


1. Begrüßung

Herzlich willkommen in der Abteilung für Schmerz- u. Palliativmedizin des Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen.

Dieser Einarbeitungskatalog soll Ihnen helfen, sich schnell in Ihrer neuen Arbeitsumgebung zurechtzufinden.

Daneben stehen Ihnen Ihre neuen Kolleginnen und Kollegen wie auch die Leitung unserer Abteilung mit Rat und Tat zur Seite.



Dr. Lorenz Fischer
Chefarzt

2. Vorstellung der Abteilung

Zur Abteilung für Schmerz- u. Palliativmedizin gehören die Schmerzambulanz, die Schmerztagesklinik und die Palliativstation.

Das Spektrum umfasst in z.T. interdisziplinären Kooperationen nahezu alle etablierten schmerz- u. palliativmedizinischen Verfahren.

In der Abteilung sind tätig:

- 5 Ärzte mit einem Stellenplan von 3,6 VK
- 12 Pflegekräfte mit einem Stellenplan von 9 VK
- 2 Sekretärinnen mit einem Stellenplan von 1,5 VK
- 3 psychologische Psychotherapeuten mit einem Stellenplan von 1,7 VK
- 2 Physiotherapeuten
- 1 Musiktherapeut mit einem Stellenumfang von 0,1 VK
- ehrenamtliche Mitarbeiter des Hospizvereins Trier

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 3 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	--------------------



3. Wichtige Ansprechpartner für Sie

Die Namen, Telefon- und Funknummern der Verantwortlichen der verschiedenen Bereiche des Klinikums finden Sie im aktuellen Telefonverzeichnis und im Intranet.

Ärzte	Primäre Arbeitsbereich
Dr. med. Lorenz Fischer Chefarzt	Palliativstation, Schmerzambulanz und Schmerztagesklinik
Renate Langenbach Oberärztin	Palliativstation
Ilona Heilmann Ärztin	Palliativstation
Gabriele Jacque Ärztin	Palliativstation
Birgit Pickan Oberärztin	Schmerzambulanz / Schmerztagesklinik
Sabine Weykam-Mahlberg Ärztin	Schmerzambulanz / Schmerztagesklinik

Mitarbeiterinnen	Primäre Arbeitsbereich
Frau Annette Rommelfanger	Palliativstation
Herr Werner Richarz	Palliativstation



4. Checklisten für die Einarbeitung

Rundgang durch die Abteilung mit Vorstellung bei den Mitarbeitern (Führung durch einen ärztlichen Kollegen, „Pate“)	da war ich schon:
Schmerzambulanz in der Krahenstr.	
Schmerztagesklinik in der Krahenstr.	
Palliativstation	

Checkliste am ersten Arbeitstag (Terminvereinbarungen - soweit noch nicht erfolgt - durch den Paten)	da war ich schon:
Personalabteilung / ggf. Vertragsunterschrift	
Betriebsarzt / Einstellungsuntersuchung	
Wäscheverteilung, Zentralsterilisation	
Cafeteria	

Checkliste in der ersten Woche Vorstellung bei den Chefarzten der kooperierenden Abteilungen des Krankenhauses Bitte besprechen Sie mit Ihrem Chefarzt, bei welchem Chefarztkollegen Sie sich vorstellen sollten. (ggf. Terminvereinbarungen durch den Paten)	da war ich schon:
<input type="checkbox"/> Anästhesie und Intensiv, Dr. med. Kunitz	
<input type="checkbox"/> Chirurgie 1 (Unfall-Chirurgie, Visceralchirurgie, Adipositas-Chirurgie), Prof. Dr. med. Pan Decker	
<input type="checkbox"/> Chirurgie 2 (Gefäßchirurgie), Dr. med. Sprenger	
<input type="checkbox"/> Diagnostische Radiologie, PD. Dr. med. Sigmund	
<input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe, Dr. med. Günther	
<input type="checkbox"/> HNO, Dr. med. Schwerdtfeger	
<input type="checkbox"/> Innere Medizin 1 (Kardiologie, Hämato-Onkologie), Prof. Dr. med. Clemens	
<input type="checkbox"/> Innere Medizin 2 (Angiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie), Prof. Dr. med. Schürmeyer	
<input type="checkbox"/> Kinderchirurgie, Dr. med. Zimmermann	
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie, PD Dr. med. Marcus	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie, Dr. med. Touysserkani und Hr. Köllisch	
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin, Dr. med. Trampert	
<input type="checkbox"/> Orthopädie, Dres. med. Schmitz und Vogel sowie PD Dr. Fürderer	
<input type="checkbox"/> Pädiatrie, Prof. Dr. med. Rau	
<input type="checkbox"/> Psychiatrie, Dr. Dr. med. Classen und Dr. med. Risch	
<input type="checkbox"/> Schmerz- und Palliativmedizin, Dr. med. Lorenz Fischer	
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie, Dr. med. Dornoff , MVZ, Dr. med. Siekmeyer	
Stippvisite im Schockraum und in der Zentralen Aufnahme	
Stippvisite in der radiologischen Diagnostik und in der Nuklearmedizin	
Stippvisite im Labor und in der Apotheke (in der Apotheke nicht die Unterschriftenreferenz vergessen)	



5. Lageplan (Übersicht der Gebäude des Klinikums Mutterhaus der Borromäerinnen)



Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 6 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	--------------------



6. Dokumentation

6.1 Dokumentationspflicht

Jeder Patientenkontakt ist zu dokumentieren. Bei stationären Patienten besteht die Verpflichtung zum Eintrag in das Krankenblatt unmittelbar bei Visite bzw. bei Besprechung mit dem Patienten. Bei Privatpatienten existiert ein gesondertes Untersuchungsblatt mit Ankreuzliste.

Jeder ambulante Patientenkontakt ist ebenfalls zu dokumentieren. Hierzu liegen entweder Verlaufsbögen bei bereits bekannten Patienten in allen Arztzimmern, es finden sich Notfallzettel, die im Regelfall von der Zentralen Aufnahme mitgeliefert werden und bei regelhaftem Kontakt innerhalb der Ambulanz ist ein Eintrag in der Ambulanzkarte in leserlicher Form über die Methoden der Befunderhebung, Befundauswertung und Anordnung von Behandlungsverfahren nur komplett zulässig.

Die tägliche Visite auf Station wird vom Arzt mit Anordnungen und Handzeichen in der Krankenakte dokumentiert. Codierpflichtige Nebendiagnosen und Prozeduren werden vom Arzt tagesgleich im Computersystem dokumentiert. Die Arztbriefschreibung erfolgt möglichst kurzfristig, so dass der Entlassungsbrief spätestens nach 14 Tagen geschrieben und 3 Wochen nach Entlassung aus stationärer Behandlung beim Hausarzt vorliegend ist.

Alternativ erfolgt die Arztbriefschreibung über die in CareCenter-Text aufrufbaren Vorlagen.

6.2 Rechtfertigende Indikationsstellung

Arbeitslisten und Terminplaner (MS Outlook) werden vor Arbeitsbeginn und bei nachlaufenden Untersuchungen gemeinsam mit der am Arbeitsplatz eingeteilten MTAR gesichtet. Die Terminierung und weitere notwendige Arbeitsschritte wie Patientenaufklärung oder die notwendige körperliche Untersuchung werden hier festgelegt. Gegebenenfalls wird der fachkundige Oberarzt zugezogen. Listen sind an allen Arbeitsplätzen für alle Bereiche einsehbar und terminierbar.

6.3 Applizierte Medikamente / verwendete Materialien in der EDV

Die applizierten Medikamente werden von der durchführenden MTAR dokumentiert und in WRAD erfasst. Ebenso wird das verwendete Material dort dokumentiert.

Komplikationen werden im Feld „Merkmale“ der Leistungserfassung unter WRAD und in der Patientenakte dokumentiert. Die Station / Ambulanz bzw. der Zuweiser ist zusätzlich telefonisch zu benachrichtigen.

6.4 Hinweise für den weiterbehandelnden Arzt

Bei interventionellen Eingriffen wird ein spezieller Begleitbogen mit dem notwendigen weiteren Procedere der Patientenakte beigelegt. Das weitere Procedere wird alternativ im Kurzbefund unter CareCenter niedergelegt.

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 7 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	--------------------



6.5 Befundübermittlung

Sämtliche Befunde werden sofort oder zeitnah (MRT, CT, Angio) als Kurzbefund in CareCenter verfasst und zeitnah diktiert.

Sollte eine OPS-Kodierung der Untersuchung in CareCenter erforderlich sein, so hat diese umgehend zu erfolgen.

Bei unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen ist der weiterbehandelnde und (sofern nicht identisch) zuweisende Arzt telefonisch zu verständigen. Der Gesprächspartner ist im Befund zu dokumentieren.

Die Berechtigung zum selbstständigen Befunden nach Ausbildungs- und Kenntnisstand erteilt der Chefarzt.

Nach der elektronischen Befundfreigabe sind die Befunde versiegelt. Bei danach notwendigen Korrekturen ist eine einmalige Korrektur möglich.

6.6 Dienstvereinbarung Dokumentation / Patientenakten

siehe entsprechende Dienstanweisung im Intranet im Bereich „Nachschlagewerke / Dienstvereinbarungen / Dienstanweisungen“ nach der Dienstanweisung „Dokumentation“

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 8 von 15
------------------------------	---	--------------------------	-------------------------------	---------------------------



6.7 Prozessablauf: Patientenakte / Arztbrief (CareCenter Text)

Wer macht was			
Zeitraum	Pflege	Arzt	MediPrint
Patient wird entlassen	Akte befindet sich im Stationszimmer. Sie ist von Seiten der Pflege nach der Checkliste „Vollständigkeit der Patienten-Akte“ überprüft. Falls noch Befunde fehlen, ist dies schriftlich in der Akte vermerkt.	Chefarzt und die Oberärzte haben Leserechte in der Datei „tagesaktuelle Entlassungsliste“ und überwachen das zeitnahe Bearbeiten der Patientenakte nach Entlassung	Medi-Print erhält Information über entlassenen Patienten und überwacht den Eingang des Arztbriefes (markiert in der Datei „tagesaktuelle Entlassungsliste“, wenn der Arztbrief geschrieben ist.
Patient wird nachstationär entlassen	Akte bleibt auf Station. Die Pflegekraft notiert den Patienten auf der Liste „nachstationäre Patienten“ und sammelt die nachkommenden Befunde für diese Akte separat. Sie füllt das Deckblatt der NST-Akte sorgfältig aus und gibt einen Durchschlag mit übrig gebliebenen Etiketten in die Ambulanz.	Arzt diktiert den Arztbrief spätestens 14 Tage nach Abschluss der nachstationären Behandlung und macht den deutlichen Hinweis, dass der Patient weiter nachstationär behandelt wird. Arzt der Ambulanz diktiert den Brief über die nach stationäre Behandlung und gibt das Band mit dem Deckblatt der Akte ins Fach MediPrint.	Medi-Print holt die Akte und die Befunde, die noch auf Station angekommen sind. Medi-Print fümt die beiden Teile - die NST-Akte, die Befunde von Station, den Brief und das Deckblatt aus der Ambulanz zusammen und gibt die Akte dann erst ins Archiv. Bis dahin sind die NST-Akte bei Medi-Print gesondert gelagert, um Vermischungen zu vermeiden.
1.-3. Tag nach Entlassung	Akte verbleibt längstens 3 Tage im Stationszimmer. - Befunde, die in dieser Zeit eingehen, werden in das Arztfach zur Unterschrift gelegt - Pflege kontrolliert, ob auf den Befunden Etiketten vorhanden sind und klebt ggf. ein Etikett auf - Pflege heftet eingehende Befunde in die Akte	Befunde, die in dieser Zeit eintreffen, werden vom Arzt gesehen und unterschrieben	
4. bis maximal 14. Tag nach Entlassung	Pflege leitet die Akte in das Arztzimmer zum Diktieren des Arztbriefes weiter	Arzt erhält spätestens am 4. Tag nach Entlassung die Akte und diktiert den Arztbrief (Die Akte darf das Haus zum Diktieren nicht verlassen!!)	- Medi-Print holt werktäglich Akten mit Diktatbändern im Arztzimmer ab - Medi-Print holt werktäglich nicht einsortierte Befunde im Stationszimmer ab und heftet diese den im Schreibbüro liegenden Akten zu. - Medi-Print schreibt den Arztbrief nach Diktat
15. Tag nach Entlassung		Chefarzt und Oberärzte erhalten eine Information über die noch nicht diktierten Arztbriefe und nehmen mit den entsprechenden Ass. Ärzten Kontakt auf	Medi-Print teilt Chefarzt und Oberärzten die noch nicht diktierten Arztbriefe der vergangenen 14 Tage mit.
Arztbrief ist bereits geschrieben		Assistenzarzt liest den Brief in Care-Center Korrektur und verbessert kleinere Fehler und nimmt ggf. Ergänzungen vor. Oberarzt liest den Brief in Care-Center Korrektur und verbessert kleine Fehler und nimmt ggf. Ergänzungen vor.	
Brief ist fertig lt. Oberarzt		Möglichkeit: Es erfolgt eine elektronische Unterschrift durch Ass. Arzt und Oberarzt	Medi-Print druckt den Arztbrief aus und leitet ihn mit der Akte an den Chefarzt weiter
Brief und Akte befinden sich beim Chefarzt		Chefarzt liest den Arztbrief Korrektur und weist ggf. Korrekturen an (innerhalb von 1-2 Tagen)	- Chefarztsekretariat korrigiert kleinere Fehler/Ergänzungen - Medi-Print nimmt umfangreichere Korrekturen vor
Brief ist versandfertig		Chefarzt gibt den mit der Originalunterschrift versehenen Arztbrief an sein Sekretariat zum Versand	
Arztbrief ist versandt			Medi-Print erhält die komplette Akte zurück und heftet noch vollkommene Befunde etc. ab. Anschließend leitet Medi-Print die Akte an das Archiv weiter.

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 9 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	--------------------



7. Management von Komplikationen

7.1 Kontrastmittelzwischenfälle

Das verwendete Kontrastmittel ist zu dokumentieren. Notwendige Behandlungsmaßnahmen / Reanimation sind je nach Schwere in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt und / oder Anästhesisten einzuleiten und zu dokumentieren.

Notfall-Telefon: 2424

Die Reaktion ist im Befund zu dokumentieren, bei schweren Zwischenfällen ist ein Protokoll anzufertigen. Die beteiligten Personen sind im Protokoll zu vermerken. Die Station transportiert den Patienten selbst und erhält eine Übergabe.

Ergänzend wird auf die Arbeitsanweisung Röntgenkontrastmittel verwiesen (Anlage)

7.2 Paravasate

Der Patient und die Station sind über das Paravasat zu benachrichtigen. Die weitere Therapie ist in Absprache mit der Station einzuleiten. Der Zwischenfall wird im Bemerkungsfeld dokumentiert.

7.3 Komplikationen bei interventionellen Maßnahmen

Patient und Stationsarzt sind über die Komplikation zu informieren. Geeignete Behandlungsmaßnahmen sind zu ergreifen oder einzuleiten. Die Komplikation ist im Befund bzw. Kurzbefund zu dokumentieren.

7.4 Patientenaufklärung

Der Patient wird vom behandelnden Arzt über die bevorstehende Untersuchung unterrichtet. Die Patientenaufklärung erfolgt dann in der Radiologie. Bei invasiven Untersuchungen erfolgt die Aufklärung 24 Stunden vor der Untersuchung. Bei Patienten von extern (z.B. externe Krankenhäuser) kann die Aufklärung auch dort erfolgen, eine Überprüfung und Bestätigung wird aber auch dann vom verantwortlichen Radiologen vorgenommen. In Notfallsituationen ist keine Wartezeit erforderlich, die besonderen Umstände sind auf dem Aufklärungsbogen zu dokumentieren.

Hinsichtlich der Besonderheiten im Rahmen der Aufklärung von Patienten zu Angiografie und/oder Intervention wird auf die Arbeitsanweisung Angiografie/Intervention verwiesen.

7.5 Beschwerdemanagement

Jede Patientenbeschwerde ist dem Chefarzt und der Abteilung Recht/Personal rechtzeitig zu übermitteln. In jedem Fall ist eine schriftliche Stellungnahme beizufügen. Die Bearbeitung einer Beschwerde erfolgt immer im Konsens mit dem Justitiar und dem Betroffenen.

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 10 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	---------------------



7.6 Beschädigung von Geräten / Inventar

Bei durch Patienten, ärztlichem oder nicht-ärztlichem Personal verursachten Schäden an Geräten, Möbeln oder anderen Ausstattungsgegenständen ist unverzüglich vom Verursacher ein schriftliches Schadensprotokoll zu erstellen. Nach Gegenzeichnen evtl. weiterer beteiligter Personen / Zeugen ist dieses Protokoll an den Chefarzt weiterzuleiten (Kopie ins Gerätebuch). Von ihm wird es an die Wirtschaftsabteilung und von dort ggfs. an die Haftpflichtversicherung weitergeleitet.

8. Tagesablauf und Dienstzeiten

Dienstbeginn	08:00 Uhr
--------------	-----------

prinzipielle Aufgaben s. Zuständigkeitsplan

detaillierte Zeiteinteilung nach Outlook

Dienstschluss entsprechend Stellenumfang

9. Fortbildungen

Die Teilnahme an externen Fortbildungen kann – im Rahmen eines jährlichen Mitarbeiterbudgets - vom Arbeitgeber finanziell unterstützt werden, wenn ein entsprechendes Abteilungsinteresse vorliegt; Anträge werden zunächst beim Chefarzt eingereicht, diese müssen mindestens 1 Woche vor Antritt genehmigt sein. Über die externe Fortbildung muß der Mitarbeiter in einer der folgenden wöchentlichen Besprechungen referieren.

Die Teilnahmebestätigung sind beim Chefarzt und in der Personalabteilung in Kopie abzugeben.

Weiterhin werden vom Fortbildungsbeauftragten an die Mitarbeiter Themen zur internen Fortbildung vergeben.

Weiterbildung Psychoonkologie

Für alle Abteilungen, in denen onkologische Patienten behandelt werden und alle Berufsgruppen bietet das Klinikum jedes Jahr eine Weiterbildung zum Thema Psychoonkologie an. Die aktuellen Termine liegen jeweils dem Chefarzt der Abteilung vor. Eine Teilnahme des ärztlichen Dienstes wird dringend empfohlen. Informationen über den Lehrgang und die Anmeldeformalitäten erhalten Sie auch über den Leiter der Karl Borromäus Schule, Herrn Herbert Schmitt.

10. Rufbereitschaftsdienste

Der Rufbereitschaftsdienst wird von allen Ärzten der Abteilung zu gleichen Anteilen geleistet.

Der diensthabende Arzt beginnt seinen Rufbereitschaftsdienst werktäglich um 16:15 Uhr, freitags um 14.45 Uhr und endet am nächsten Tag um 8:00 Uhr.

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 11 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	---------------------



An Sonn- und Feiertagen beginnt der Rufbereitschaftsdienst um 8.00 Uhr und endet am nächsten Tag um 8.00 Uhr.

Die Einteilung der Rufbereitschaftsdienste erfolgt nach Dienstplan, der quartalsweise zusammen erstellt wird. Dienste können eigenverantwortlich getauscht werden, wenn davon dienstliche Belange nicht berührt werden. Das Direktionsrecht des Chefarztes bleibt hiervon unberührt.

11. Urlaub

Die Modalitäten und Zeiten der Urlaubsbeantragung sind in einer Dienstvereinbarung geregelt, die beim Arbeitszeitbeauftragten der Abteilung einzusehen ist.

Genehmigt wird der beantragte Urlaub vom Chefarzt. Grundsätzlich muss die Patientenversorgung in allen Abteilungs- und Therapiebereichen gewährleistet bleiben. Gültig sind nur genehmigte und im Dienstplanprogramm eingetragene Urlaube.

Zwingend muss eine Absprache der Mitarbeiter der jeweiligen Profession zur Vertretung stattfinden.

12. Einarbeitungskatalog für Ärzte

Zusatzweiterbildung für „Spezielle Schmerztherapie“ und „Palliativmedizin“ (nicht parallel!) gemäß dem Curriculum der Weiterbildungsordnung. Überprüfung des Ausbildungsstandes in regelmäßigen Abständen.

Die Aufgaben und Einsatzgebiete werden zu Beginn der Ausbildung definiert.

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 12 von 15
------------------------------	---	--------------------------	-------------------------------	----------------------------



13. Checkliste Arbeitssicherheit, nicht-medizinische Notfallmaßnahmen und weitere Bereiche

Arbeitssicherheit und nicht-medizinische Notfallmaßnahmen / Sicherheitsbeauftragte s. Intranet

Thema	Fortbildungsinhalte	Zeitaufwand	Referent	erledigt
RöV	Unterweisung vor Arbeitsbeginn	45 min	Tutor	
Einweisung nach MPBetreibV	Einweisung an den Geräten und Arbeitsplätzen Gerätebücher auf Station	Je Gerät 20 min	MedGV-Beauftragte	
Brandschutz	Belehrung zu Brandschutzmaßnahmen: - Brandschutzbelehrung - Brandschutzdecke - Feuermelder - Feuerlöscher / Hydranten - Notausgänge	4 h	Feuerwehr Vor Ort durch den Tutor	
Katastrophenschutz			s. Intranet	
Gefahrstoff-Ordner			s. Intranet	
Sicherheitsvorschriften gem. 91/155 EWG			s. Intranet	
Müll- und Sondermüllentsorgung			Vor Ort durch den Tutor	
Unfallverhütungsvorschriften (BGR A1)	- Unfallmeldung - Verbandbuch		s. Intranet	

Verfahrensregelungen

Thema	Fortbildungsinhalte	Zeitaufwand	Referent	erledigt
EDV	Bedienung der CareCenter-Software	1 h	EDV-Abteilung	
CBT	Arbeiten in Carecenter, Bluttransfusion, Bülaudrainageanlage, BG-Wesen	2 h	Auf CD	
Beschwerde-management			s. Intranet	
Schadensmeldung			s. Intranet	
QM-System	Belehrung	30 min	Qualitätsmanagement-Beauftragte	
Hygiene	Belehrung	30 min	Hygienebeauftragter	
Arbeitszeit / Urlaub	Belehrung	15 min	Zeitbeauftragter	
Datenschutz	Belehrung zum Datenschutz	15 min	Herr Schmitt, Krankenpflegeschule	



14. Anlagen (individuell, z.B.)

14.1 Weiterbildungscurriculum „spezielle Schmerztherapie“ u. „Palliativmedizin“

14.2 aktueller Rufdienstplan (Quartal)

14.3 Plan der Aufgaben- u. Einsatzbereiche

14.4 Liste der Beauftragten

14.5 Abteilungsflyer

Erstellt von HB/PE	Dokument Einarbeitungskonzept Ärzte	Freigabe CA FI	Version 1 von 10-03	Seiten 14 von 15
-----------------------	--	-------------------	------------------------	---------------------



Bestätigung / Unterschrift

Hiermit bestätige ich den Erhalt sowie die Kenntnis des Einarbeitungshandbuchs für Ärzte.

,den / /

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte unterschrieben zurück an den Chefarzt der Abteilung!