

Nachweis über Schulung und Unterweisung zur Nabelschnurblutentnahme

Entnahmeeinrichtung

Name der Entnahmeklinik _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Stempel _____

Anlass der Schulung (bitte auswählen)

Allgemeine Schulung: GMP (Gute Herstellungspraxis), Hygiene, Desinfektion, Entnahme von Nabelschnurblut, Verpackung, Dokumentation, Umgang mit Beanstandungen, Abweichungs- und Änderungsmanagement lt. SOP-QM-02

Nachschulung: Grund: geringes Volumen, Gerinnselbildung, Verkeimung, fehlende Etikettierung, fehlende Klemme

sonstiges: _____ (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Mit der Unterzeichnung der Schulungsdokumentation zur **SOP-QM-02 Version 2018/ 15.0** wird bestätigt,

- dass darauf hingewiesen wurde, dass die **Verfahrens-anweisung, die Formulare und das Erklär-Video** jederzeit digital auf www.eticur.de/klinikbereich zur Verfügung stehen,
- dass der Inhalt der SOP gelesen und verstanden wurde,
- dass eine Erfolgskontrolle mittels Befragung durchgeführt wurde,
- dass nach dieser SOP gearbeitet wird.

Teilnehmer der Schulung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel	Vorname	Name	Unterschrift
1.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
2.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
3.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
4.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
5.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
6.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
7.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
8.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
9.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
10.			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme

Hiermit wird bestätigt, dass die **Schulungsdauer** mindestens **30 Minuten** betrug, alle Schulungsteilnehmer den Schulungsinhalt verstanden haben und die Verständnisfragen von den Schulungsteilnehmern korrekt beantwortet wurden.

Durchführung der Schulung (bitte auswählen und in Druckbuchstaben ausfüllen)

durch einen Mitarbeiter eticur)

durch den Schulungsbeauftragten der Klinik

Die Schulung wurde durchgeführt am: _____

Titel	Vorname	Name	Unterschrift