

## Nachweis über Schulung und Unterweisung durch den Schulungsbeauftragten

### Entnahmeeinrichtung

Name der Entnahmeklinik \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Stempel \_\_\_\_\_

Der Schulungsbeauftragte ist aufgrund der durch eticur) erfolgten Schulung berechtigt, andere Mitarbeiter auf Grundlage der **SOP-QM-02 Entnahme Nabelschnurblut Version 2018/15.0** von eticur) intern zu unterweisen.

Mit der Unterzeichnung der Schulungsdokumentation wird bestätigt,

- dass eine autorisierte Kopie der aktuellen SOP-Version vorliegt,
- dass der Inhalt der SOP gelesen und verstanden wurde,
- dass eine Erfolgskontrolle mittels Befragung durchgeführt wurde,
- dass nach dieser SOP gearbeitet wird und bei notwendigen, nicht vorhersehbaren Abweichungen die Zustimmung eines Vorgesetzten (z. B. eines Oberarztes) eingeholt 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

### Anlass der Schulung (bitte auswählen)

**Allgemeine Schulung:** 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)

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:

### Schulungsbeauftragte(r) (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel	Vorname	Name	Unterschrift
			<input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin <input type="checkbox"/> Hebamme
Die Schulung wurde durchgeführt am:			