

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 eine Erfolgskontrolle mittels Befragung durchgeführt wurde,
- dass der Inhalt der SOP gelesen und verstanden 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 |

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)

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: | | | |