|  |
| --- |
| **Arbeitsprogramm Hygieneorganisation** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitspaket** | **Inhalte zur Umsetzung** | **Projektleiter** |
| **10** | Umgang mit Medikamente | IMS Services |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erstellung** | **Prüfung** |
| Die Organisationsunterlagen Hygiene sind durch IMS Services bereits in allen Bereichen vorgefertigt und zur Bearbeitung durch Ihr Unternehmen vorbereitet. Bitte führen Sie die nachfolgenden Aufgaben sorgfältig um, damit Ihre Unterlagen fertiggestellt werden können. Die Ablage erfolgt nach Anweisung IMS Services. | In regelmäßigen jährlichen Abständen sind Prüfungen Ihrer erstellten Unterlagen notwendig um Ihre Unterlagen immer aktuell zu halten.Wenn die Bearbeitung / Erstellung bereits abgeschlossen wurde, ist nun die Prüfung und Vervollständigung Ihrer Unterlagennotwendig.  |
| **Organisationssystem** | O2R1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durchführungsdatum** | **Unterschrift zur Umsetzung** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **IMS Services Dienstleitungen**Arbeitsschutz, Brandschutz, Hygiene, Qualitätsmanagementinfo@imsservices.biz[www.imsservices.biz](http://www.imsservices.biz) |

|  |
| --- |
| **Bitte Informieren Sie uns umgehend wenn Sie das Arbeitsprogramm nicht verstehen, oder umsetzen können. Vielen Dank** |

Nach Umsetzung des Arbeitsprogrammes tragen Sie die Umsetzung bitte in den Jahresplan Arbeitsprogramme IMS Services ein. Legen Sie das bearbeitete Arbeitsprogramm mit Durchführungsdatum und Unterschrift ab. Vielen Dank.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ablage Arbeitsprogramm** | Ablage Arbeitsprogramme |

|  |
| --- |
| **Umsetzung Hygieneorganisation** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitspaket** | **Inhalte zur Umsetzung** | **Projektleiter** |
| 10 | Umgang mit Medikamente | IMS Services |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitsschritt** | **Beschreibung der Umsetzung** | **Vermerk****Erledigung****Prüfung** |
| 1 | O2R1 öffnen. |  |
| 2 | Inhalte lesen. |  |
| 3 | (**Diesen Punkt nur für stationäre Einrichtungen, Heime umsetzen**) Anlage Vertrag Schulung Fachkräfte im Umgang mit Medikamente öffnen und ggf. mit Apotheker umsetzen.Hinweis: Sofern noch kein Vertrag besteht. |  |
| 4 | Anlage Prüfung Protokoll Medikamentenvorräte in Heime öffnen und für Prüfung durch Apotheker vorhalten.Hinweis: Das Prüfprotokoll kann und sollte im Vorfeld intern vorgeprüft werden. |  |
| 5 | Termin mit Prüfer (Apotheker) vereinbaren. |  |
| 6 | Anlage Information Anweisung Medikamenten-versorgung öffnen und ausdrucken. Personal belehren. Schriftlicher Nachweis erforderlich. |  |
| 7 | Anlage Nachweis Unterweisung Teilen von Tabletten öffnen und ausdrucken. Personal belehren. Schriftlicher Nachweis erforderlich. |  |
| 8 | Anlage Information Unterweisung Verabreichung von Arzneimitteln über die Sonde öffnen und ausdrucken. Personal belehren. Schriftlicher Nachweis erforderlich. |  |
| 9 | Belehrungen im Unternehmen ablegen. |  |
| Hinweis | Unterschriftenliste im Anhang. |  |
| Bemerkung | Unterweisung nur für Personal Medikamenten-bereitstellung umsetzen. |  |
| Vorschlag | Unterlagen können im Bereich auch als Aushang ausgegeben werden. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ablage Umsetzung erfolgt in** | Organisationssystem Unternehmen  |

|  |
| --- |
| **Unterschriftenliste** **Nachweis der Unterweisung** |

|  |  |
| --- | --- |
| Unterweisungsthema |  |
| Datum |  |

Mit Unterschrift bestätigt die/der Teilnehmer(in) die Unterweisung verstanden zu haben. Fragen wurden durch den Moderator, oder im Selbststudium beantwortet. Die Datenschutzbestimmungen DSGVO werden beachtet.

Anlage: Datenschutzinformation Unternehmen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Unterschrift** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |