

|  |                                     |   |                                    |
|--|-------------------------------------|---|------------------------------------|
| <b>Checkliste-Nr.</b><br>1.5               | <b>Kurzbezeichnung</b><br>Ordnung   | <b>erstellt von/am</b><br>Ralph Tiedemann | <b>Seite 1 von 1</b>               |
| <b>freigegeben von</b><br>Musterfrau       | <b>freigegeben am</b><br>tt.mm.jjjj | <b>zuletzt geändert am</b><br>tt.mm.jjjj  | <b>nächste Revision</b><br>mm.jjjj |
| <b>Gültigkeitsbereich</b><br>Musterbereich |                                     |   |                                    |

### Checkliste zur Ordnung im Stationsbereich

|                                |              |                |
|--------------------------------|--------------|----------------|
| <b>zuständiger Mitarbeiter</b> | <b>Datum</b> | <b>Uhrzeit</b> |
|                                |              |                |
| <b>Bereich</b>                 |              |                |
|                                |              |                |

|    | <b>Station</b>  | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
|----|---|-----------|-------------|
| 1. | Pflegearbeitswagen gereinigt, desinfiziert, aufgefüllt, aufgeräumt? |           |             |
| 2. | Verbandwagen gereinigt, desinfiziert, aufgefüllt, aufgeräumt?       |           |             |
| 3. | Pflegearbeitsräume aufgeräumt?                                      |           |             |
| 4. | Materialraum aufgeräumt, Material aufgefüllt?                       |           |             |
| 5. | Wäschekammer aufgeräumt, aufgefüllt?                                |           |             |
| 6. | Spülräume aufgeräumt?   |           |             |
| 7. | Nachtstühle, Steckstühle, Infusionsflaschen sauber?                 |           |             |
| 8. | Badezimmer aufgeräumt, sauber?                                      |           |             |
| 9. | Sonstiges?  |           |             |

|     | <b>Dienstzimmer</b>                         | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
|-----|---|-----------|-------------|
| 10. | Medikamentenschrank aufgeräumt, aufgefüllt? |           |             |
| 11. | Spritzen und Kanülen aufgefüllt?            |           |             |
| 12. | Kanülenabwurf geleert?                      |           |             |
| 13. | Thermometer desinfiziert?                   |           |             |
| 14. | Sonstiges?                                  |           |             |

|     | <b>Prüflisten</b>                          | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
|-----|--|-----------|-------------|
| 15. | O2-Gerät-Prüfliste aktuell?                |           |             |
| 16. | Absauggerät-Prüfliste aktuell?             |           |             |
| 17. | Inhaliergeräte-Prüfliste aktuell?          |           |             |
| 18. | Prüfliste Medikamentenkühlschrank aktuell? |           |             |
| 19. | Prüfliste WC-Reinigung aktuell?            |           |             |
| 20. | Prüfliste Notfallkoffer aktuell?           |           |             |
| 21. | Sonstiges?                                 |           |             |

|     | <b>Patientenzimmer</b>                    | <b>ja</b> | <b>nein</b> |
|-----|---|-----------|-------------|
| 22. | Zimmer aufgeräumt, gereinigt?             |           |             |
| 23. | Nachtschrank aufgeräumt, sauber?          |           |             |
| 24. | Bettgestell und Bettgitter sauber?        |           |             |
| 25. | Bettwäsche sauber?                        |           |             |
| 26. | Naßzelle und WC aufgeräumt/sauber?        |           |             |
| 27. | Zimmertür mit Namen versehen?             |           |             |
| 28. | Kosmetikartikel den Patienten zuzuordnen? |           |             |