

Fragebogen Notfalltraining in der Arztpraxis

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Notfalltraining in Ihrer Arztpraxis.

Um die Fortbildung an Ihre Bedürfnisse anpassen zu können, bitten wir um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens (Faxnr. s. unten). Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Stempel der Arztpraxis:

Anzahl der Ärzte: _____

Anzahl der Arzthelferinnen: _____

Datum der Fortbildung: _____

Uhrzeit der Fortbildung: _____

In der Praxis vorhandene Notfallsausrüstung

vorhanden	nicht vorhanden	Anschaffung geplant
-----------	-----------------	---------------------

Defibrillator / AED-Gerät: _____
bitte Gerätetyp mit angeben!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sauerstoffinhalation:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Beatmungsbeutel:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Absaugeinheit:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Intubationsbesteck:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Infusion und Notfallmedikamente:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Themenwünsche / Bemerkungen:

.

Bitte zur Fortbildung die Barcodeetiketten mitbringen!