**Notfallausstattung Wartung**

Verantwortlich für die Kontrolle: ……………………………….

Vertretung: …………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Datum** |
|  |  |  |  |  |  |
| Medikament 1 |   |   |   |   |   |   |
| Medikament 2 |   |   |   |   |   |   |
| Medikament 3 |   |   |   |   |   |   |
| Medikament 4 |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |
| **Unterschrift** |   |   |   |   |   |   |

* Auffüllen von Verbandsmaterialien
* Medikamente und Ampullen auf Ablaufdatum prüfen
* Akkus, Batterien und Glühbirnen (Otoskop, Laryngoskop, Notfall-EKG)
* Nadelbehälter für gebrauchte Nadeln
* Sauerstoffflaschen
* Formulare (Rezepte, Krankmeldungen, Ein- und Überweisungen)

Kontrolle halbjährlich und nach jedem Einsatz

Liste überprüft und adaptiert am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_