Bitte überprüfen Sie - in Absprache mit dem Bewohner oder Kunden einmal pro Monat folgendes:

Medikamente, Tropfen und Salben

* Anbruchs,- Verfallsdatum
* Sauberkeit der Verpackung
* Vorhandenen Beipackzettel
* Stationär: Nicht Verordnete Medikamente ggf. entfernen.

Hilfsmittel:

* Sauberkeit
* Funktionstüchtigkeit
* In Dokumentation erfasst
* Stationär: Kennzeichnung

Sonstiges:

* Sondenkost/ hochkalorische Trinknahrung auf Ablaufdatum
* Infusionsmaterial/ Ableitende Systeme: Ablaufdatum, Lagerung als Sterilgut
* Allgemeine Hygienische Auffälligkeiten

**Bereich:  APD Zuständig: PDL/ WBL/ TK/ Mitarbeiter**

**Stationäre Pflege Etage:**

**Monat:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Bewohner Name*** | ***Medikamente***  *Datum / Hdz.* | ***Medikamente***  *Datum / Hdz.* | ***Medikamente***  *Datum / Hdz.* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |