

Checkliste

Gesundheit: Praxis, Gesundheitszentrum



Fakten

Anzahl Mitarbeiter 80 -100% _____ < 100% _____
 Anzahl Ärzte _____
 Anzahl Büroarbeitsplätze _____

Fachärzte

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Hals- Nasen- Ohren Arzt | <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Urolog |
| <input type="checkbox"/> Pädiatrie | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Notfallmedizin | <input type="checkbox"/> Rheumatologie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> _____ |

Raumprogramm

- | | | | |
|---|---------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Sprechzimmer | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> WC | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Wartezimmer | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Dusche | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Labor | | <input type="checkbox"/> Behandlungszimmer | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgenzimmer | | <input type="checkbox"/> Operationsraum | |
| <input type="checkbox"/> Personalküche | | <input type="checkbox"/> Putzraum | |
| <input type="checkbox"/> EKG Zimmer | | <input type="checkbox"/> Serverraum | |
| <input type="checkbox"/> Blutentnahmezimmer | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Lagerraum | |

Sprechzimmer Typ 1

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tisch | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Monitor | <input type="checkbox"/> Röntgengerät |
| <input type="checkbox"/> Stühle | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> OP Beleuchtung |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsliege | <input type="checkbox"/> Garderobe | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Umkleidekabine |
| <input type="checkbox"/> Lavabo | <input type="checkbox"/> Abfall Kickmatik | <input type="checkbox"/> Spiegel | <input type="checkbox"/> Schrank |
| <input type="checkbox"/> Klimaanlage | <input type="checkbox"/> Bodensteckdose | <input type="checkbox"/> Blickschutz Vorhänge | <input type="checkbox"/> Blickschutz Klebefolie |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Gerätschaft | _____ | <input type="checkbox"/> _____ | |

Sprechzimmer Typ 2

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tisch | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Monitor | <input type="checkbox"/> Röntgengerät |
| <input type="checkbox"/> Stühle | Anzahl: _____ | <input type="checkbox"/> Musik | <input type="checkbox"/> OP Beleuchtung |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsliege | <input type="checkbox"/> Garderobe | <input type="checkbox"/> Computer | <input type="checkbox"/> Umkleidekabine |
| <input type="checkbox"/> Lavabo | <input type="checkbox"/> Abfall Kickmatik | <input type="checkbox"/> Spiegel | <input type="checkbox"/> Schrank |
| <input type="checkbox"/> Klimaanlage | <input type="checkbox"/> Bodensteckdose | <input type="checkbox"/> Blickschutz Vorhänge | <input type="checkbox"/> Blickschutz Klebefolie |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Gerätschaft | | <input type="checkbox"/> | |

Checkliste

Gesundheit: Praxis, Gesundheitszentrum

Sprechzimmer Typ 3

<input type="checkbox"/> Tisch	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Monitor	<input type="checkbox"/> Röntgengerät
<input type="checkbox"/> Stühle	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> OP Beleuchtung
<input type="checkbox"/> Behandlungsliege	<input type="checkbox"/> Garderobe	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Umkleidekabine
<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Abfall Kickmatik	<input type="checkbox"/> Spiegel	<input type="checkbox"/> Schrank
<input type="checkbox"/> Klimaanlage	<input type="checkbox"/> Bodensteckdose	<input type="checkbox"/> Blickschutz Vorhänge	<input type="checkbox"/> Blickschutz Klebefolie
<input type="checkbox"/> Spezielle Gerätschaft	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____

Empfang

<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Schubladen	<input type="checkbox"/> Telefon
<input type="checkbox"/> Computer	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Tablare	<input type="checkbox"/> Drucker
<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> Prospekthalter	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Garderobe

Büro

<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Schubladen	<input type="checkbox"/> Telefon
<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Separater Raum	<input type="checkbox"/> Tablare	<input type="checkbox"/> Drucker
<input type="checkbox"/> Klimaanlage	<input type="checkbox"/> Höhenverstellbarer Tisch	<input type="checkbox"/> Whiteboardwand	<input type="checkbox"/> Vorhänge

Labor

<input type="checkbox"/> Kühlschrank	<input type="checkbox"/> Urindurchreiche	<input type="checkbox"/> Geräteanschluss an Abwasser	
<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung	<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Laptop	<input type="checkbox"/> Drucker
<input type="checkbox"/> Desinfektionsmaschine	<input type="checkbox"/> Rollkorpus	<input type="checkbox"/> Blutentnahmestuhl	<input type="checkbox"/> Rollhocker
<input type="checkbox"/> Klimaanlage	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	Anzahl:

Röntgenraum

<input type="checkbox"/> Röntgengerät	<input type="checkbox"/> Separate Lüftung	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Klimaanlage
<input type="checkbox"/> abgetrennter Raum	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Liege	<input type="checkbox"/> Umkleidekabine
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Bodensteckdose		

OP-Raum

<input type="checkbox"/> OP Leuchte	<input type="checkbox"/> Separate Lüftung	<input type="checkbox"/> Laptop	<input type="checkbox"/> Klimaanlage
<input type="checkbox"/> Liege Anzahl:	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Schränke	<input type="checkbox"/> Lavabo
<input type="checkbox"/> Umkleidekabine	<input type="checkbox"/> Sichtschutz Vorhang	<input type="checkbox"/> Sichtschutz Klebefolie	<input type="checkbox"/> Rollhocker
<input type="checkbox"/> Bodensteckdose	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

WC / Dusche

<input type="checkbox"/> IV Anzahl:	<input type="checkbox"/> Personal Anzahl:	<input type="checkbox"/> Dusche IV	<input type="checkbox"/> Dyson Handtrockner
<input type="checkbox"/> Damen Anzahl:	<input type="checkbox"/> Unisex Anzahl:	<input type="checkbox"/> Wickeltisch	<input type="checkbox"/> Papierhandtuchhalter
<input type="checkbox"/> Herren Anzahl:	<input type="checkbox"/> Dusche Personal	<input type="checkbox"/> Urindurchreiche	<input type="checkbox"/> WC Randlos

Personalküche

<input type="checkbox"/> Sitzplätze	Anzahl:	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Separater Ruheraum
<input type="checkbox"/> Kühlschrank	<input type="checkbox"/> Backofen	<input type="checkbox"/> Kombigerät Backofen	<input type="checkbox"/> Ausziehharmatur
<input type="checkbox"/> Gefrierfach	<input type="checkbox"/> Mikrowelle	<input type="checkbox"/> Herdplatte	<input type="checkbox"/> Abfall Kickmatik

Garderobe

<input type="checkbox"/> Personalkästli Anzahl:	<input type="checkbox"/> Lavabo	<input type="checkbox"/> Sitzmöglichkeit	<input type="checkbox"/> Spiegel
---	---------------------------------	--	----------------------------------

Beschriftung

<input type="checkbox"/> Logo	<input type="checkbox"/> Zimmerbeschriftung	<input type="checkbox"/> Besetzt/Frei Beschriftung	<input type="checkbox"/> Öffnungszeiten
-------------------------------	---	--	---

Spezielle Gerätschaften

<input type="checkbox"/> Gynäkologiestuhl	<input type="checkbox"/> Blutentnahmestuhl	<input type="checkbox"/> OP Liege	Anzahl:
<input type="checkbox"/> Untersuchungseinheit Gyni	<input type="checkbox"/> Röntgengerät	<input type="checkbox"/> OP Leuchten	Anzahl:
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____