

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Einstellungsdatum:</b>
<b>Mentor (ZM/FL):</b>	<b>Standort:</b>

Pflichtveranstaltungen im Rahmen der Probezeit (6 Monate)		
Thema	Zeit (h)	Erledigt / Datum
<b>Einführungsgespräch durch ZM</b>	<b>1</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Besprechung der Unternehmenspolitik im Zusammenhang mit Qualitätszielen <b>AA 37</b></li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unternehmensgrundsätze <b>QMF 197</b> / Organigramm <b>QMF 18</b></li> <li>Ansprechpartner / Kontaktlisten <b>QMF 15, 15b</b></li> </ul>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>QM-Grundlagen, NT Prozesslandkarte <b>QMF 55</b>, Liste der Dokumente <b>QMF 39</b></li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>QMF 235h</b> Einarbeitungsplan erläutern</li> <li><b>VA 14</b> Abkürzungsverzeichnis erläutern</li> </ul>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>NOVO Schulung PT</b>	<b>16</b>	
Tag 1 Grundlagen und Messungen		<input type="checkbox"/>
Tag 2 Evidenzorientierte Therapie		<input type="checkbox"/>
<b>KGG</b>	<b>30</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>bereits extern absolviert im Jahr</li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>NOVOTERGUM – Zentrale im Jahr</li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<b>Supervisionen (durch den FL) zu senden an <a href="mailto:schulung@novotergum.ag">schulung@novotergum.ag</a> (Therapiemanagement)</b>	<b>4,5</b>	
Physioscreening 1 KGG Wirbelsäule 60 Minuten (QMF 259) + 30 Minuten Nachbesprechung	1,5	<input type="checkbox"/>
Physioscreening 1 KGG Extremitäten 60 Minuten (QMF 259) + 30 Minuten Nachbesprechung	1,5	<input type="checkbox"/>
Abnahme KGG Betreuung auf der Trainingsfläche 3:1 (QMF 268)	1,5	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis:</b> Im weiteren Verlauf der Anstellung ist eine Supervision / Jahr durch den Fachlichen Leiter / die Fachliche Leiterin durchzuführen, zu dokumentieren und ebenso an das Therapiemanagement zu senden.		

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Einstellungsdatum:</b>
<b>Mentor (ZM/FL):</b>	<b>Standort:</b>

<b>Einarbeitung im Standort</b>		
<b>Woche 1 bis 2</b>	<b>Zeit (h)</b>	<b>Erledigt / Datum</b>
<b>Begrüßung und Einweisung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorstellung Kollegen, Räumlichkeiten</li> <li>NOVOTERGUM - Struktur: Kontaktliste <b>QMF 15, 15b</b></li> <li>NOVOTERGUM - Konzept, Downloadarchiv</li> <li>Zugänge Praxissoftware</li> <li>Homepage, Mitarbeiter App</li> <li>Bekleidung, Namensschild (inkl. Berufsbezeichnung)</li> </ul>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Wichtige Handlungsanweisungen durchsprechen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Unterweisungen <b>AA45, QMF 8, 9a bis 9d</b></li> <li>Umgang mit elektr. höhenverstellbaren Liegen <b>QMA 01-18</b></li> <li>Brandschutzordnung, Flucht- und Rettungsplan, Feuerlöscher</li> <li>Sicherheitsbelehrung <b>QMF 85b</b></li> <li>Sauberkeit und Hygiene <b>AA02</b></li> <li>Vorgehensweise bei Unfällen und 1-Hilfe-Maßnahmen <b>VA 18</b></li> <li>Beschwerdemanagement <b>VA 20, QMF 223</b></li> <li>Patientenzufriedenheit <b>VA 08, QMF 10, 10a, 10b, 22</b></li> <li>Vorschlagswesen <b>VA 12, QMF 60</b></li> <li>Fehlermanagement <b>VA 07, QMF 56</b></li> </ul>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Schulung Therapiedokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nutzung Patientenanamnese, <b>VA 13</b> Digitale Fragebögen</li> <li><b>AA 04/04a</b> Therapie - Dokumentation: Inhalte <b>QMF 16 3-A</b> Diagnostik, Inhalte <b>QMF 69</b>, Therapieplan</li> <li><b>QMF 108</b> Standardisierte Messungen</li> <li><b>AA 34</b> Diagnos</li> </ul>	<b>3</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Nutzung Therapiesoftware</b>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>KGG / Trainingsfläche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ablauf KGG-Einheit</li> <li>Grundeinstellung Großgeräte, Korrekturen</li> <li>Ausgleichübungen / Dehnungen</li> <li>Einführung Kleingeräte</li> <li>Einführungen Seilzugübungen</li> <li>Übungskatalog</li> <li>Ablauf Wärmebehandlung</li> <li>Begleitung auf der Fläche</li> </ul>	<b>8</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Schnittstellen Physiotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitieren bei PT (2x KG &amp; 2x MT inkl. Nachbesprechung)</li> </ul>	<b>2</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Infomaterial und Marketing</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patienteninformationen</li> <li>Bewegungsübungszettel</li> <li>Selbstzahlerangebote / Preisliste</li> </ul>	<b>Nach Bedarf</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Austausch mit dem FL/ZM (Ende 2. Woche)</b>	<b>1</b>	<input type="checkbox"/>

<b>Name, Vorname:</b>	<b>Einstellungsdatum:</b>
<b>Mentor (ZM/FL):</b>	<b>Standort:</b>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die vorgenannten Einarbeitungsinhalte vermittelt wurden.

Unterschrift:

Seite 3 von 3