

Praxisname und -logo

1.3.4 (2)

- Überprüfungsintervalle: _____ und **nach jedem Notfall!**
(z. B. quartalsweise)
- Verantwortliche Mitarbeiter/ in: _____ in Vertretung: _____
- Standort unserer Notfallausstattung: _____

Notfallausstattung:	Datum:					
*Achtung: Es handelt sich um ein Beispiel . Bitte prüfen Sie die fachliche Aktualität!
Absaugung, Sauerstoff, Intubation						
1 Stethoskop						
Sauerstoff-Flasche 0,8 Liter mit Schlauch und Adapter vorhanden						
Sauerstoff-Flasche Befüllung getestet						
2 Sauerstoff-Brillen						
Ambu-Beutel + 3 Masken						
Laryngoskop						
2 Batterien für Laryngoskop						
1 Tubus 4,0 mm						
1 Tubus 6,0 mm						
1 Magill-Zange						
Hand-Absaug-Gerät						
2 x 2 ES-Kompressen						
...						
Infusion, Injektion, Verschiedenes						
5 Braunülen						
5 Kanülen Nr.1						
1 Infusionssystem						
2 Spritzen 20 ml						
1 Spritze 10 ml						
5 Spritzen 2 ml						
Zellstofftupfer ca. 15 Stück						
1 Rolle Leukosilk schmal						
1 Rolle Leukosilk breit						
1 Ernährungssonde						
...						
Medikamente						
NaCl 10 ml 3 x						
Suprarenin Amp á 1 ml mind. 2 St.						
Rectodelt 100 Supp. mind. 2 St.						
Urbason 32 mg 1 St.						
Urbason 250 mg 1 St.						
...						
Unterschrift:						