

# Kenntnisfragebogen (Medizinisches Personal)

Name:

Vorname:

Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten in der Ausübung nachfolgender Tätigkeiten?

1 = Spezialist

2 = Fortgeschrittener

3 = Anfänger

## FACHGEBIETE

	1	2	3
Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diakonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geriatric	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder Heilk./Neonatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobile Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege-/Wohnbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterbebegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KENNTNISSE ÜBER

### ARZNEIMITTEL

	1	2	3
Richten von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichen von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GRUNDPFLEGE

	1	2	3
Durchführung der Prophylaxen nach Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche von bettlägerigen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolle der Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung von Patienten nach Bobath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilisation von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichen von Sondernahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verabreichen von Nahrung (PEG, Duodenal-, Magensonde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BEHANDLUNGSPFLEGE

	1	2	3
Druckverbände anlegen (Arterie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handling v. Transfusionen (Blut, Plasma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infusionen anlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionen setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cutis Injektion (in Oberhaut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intraarterielle Injektion (in Arterie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. m. Intramuskuläre Injektion (in Skelettmuskel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. v. Intravenöse Injektion (in Vene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. c. Subcutan Injektion (in Haut) (Braunüle, Flexüle Venflon, Viggo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst. legen von Verweilkanülen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SELBSTSTÄNDIGES LEGEN VON

	1	2	3
Blasenkatheter Mann/Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duodenalsonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magensonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffsonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MESSUNGEN

	1	2	3
Blutdruck manuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZVD (Zentraler Venendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten in der Ausübung nachfolgender Tätigkeiten?**
**1 = Spezialist**
**2 = Fortgeschrittener**
**3 = Anfänger**

<b>UMGANG MIT MEDIZINISCHEN GERÄTEN</b>	<b>1 2 3</b>	<b>VISITE</b>	<b>1 2 3</b>
Beatmungsgeräte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ausarbeitung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ernährungspumpen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PC-Dokumentation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Inhalier Geräte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Teilnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infusomaten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>UMGANG MIT INFEKTIÖSEN</b>	<b>1 2 3</b>
Monitoring (Überwachung/Bewertung)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Perfusoren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Material (Blut, Ausscheidungen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>REANIMATION</b>	<b>1 2 3</b>	<b>EINHALTUNG VON HYGIENE</b>	<b>1 2 3</b>
Beatmung (Ambubeutel, Intubationsassistentz)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chirurgische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Defibrillator	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hygienische Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzdruckmassage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>EINSATZFÄHIGKEIT</b>	<b>vorrangig erwünscht</b>
<b>MED.- FACHANGESTELLTE</b>	<b>1 2 3</b>	Frühdienst	<input type="checkbox"/>
Fachrichtung:		Spätdienst	<input type="checkbox"/>
Abrechnungsarbeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nachtdienst	<input type="checkbox"/>
Betriebsorganisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wochenenddienst	<input type="checkbox"/>
Büro-/Verwaltungstätigkeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dauernachtdienst	<input type="checkbox"/>
Grundlagen:			<b>vorhanden</b>
Prävention	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Führerschein Klasse B/BE	<input type="checkbox"/>
Rehabilitation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PKW	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus-/Praxishygiene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>WEITERBILDUNG</b>	<b>1 2 3</b>
Laborarbeiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AED Ausbildung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Patientenaufnahme/-verwaltung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erste Hilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Praxisorganisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Erste Hilfe am Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Umgang mit:		Fachterminologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arzneimitteln	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ASSISTENZ VON DIAGNOSTISCHEN MASSNAHMEN</b>	<b>1 2 3</b>
Heil- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arterielle Zugänge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sera und Impfstoffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Biopsien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>KENNTNISSE ARBEITSWEISE</b>	<b>1 2 3</b>	EKG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bereichspflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gastroskopie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Funktionspflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Thorax Drainage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Übergabe am Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Punktionen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN</b>	<b>1 2 3</b>	Vakuumsaugdrainage (VAC Therapie)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronchialtoilette	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zentralven. Zugänge (Cava-, Jugulariskatheter)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pflege v. Patienten mit Tracheostoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Port. Versorgung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Steriles Absaugen von Tracheotomie-Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

**Wie beurteilen Sie Ihre Fähigkeiten in der Ausübung nachfolgender Tätigkeiten?**

**1 = Spezialist**

**2 = Fortgeschrittener**

**3 = Anfänger**

**AUSLANDSTÄTIGKEIT**

	1	2	3
Belgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dänemark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
England	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frankreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FREMDSPRACHEN**

	1	2	3
Englisch			
Wort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Französisch			
Wort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Italienisch			
Wort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AUSLANDSTÄTIGKEIT**

	1	2	3
Luxemburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niederlande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norwegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Österreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PC-KENNTNISSE**

	1	2	3
Krankenhaussoftware:			
KIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medical Office	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laborsoftware:			
Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MS-Office	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxissoftware:			
Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiolog. Buchung/Archivierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turbo Med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Programme:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstige Kenntnisse und Fähigkeiten:**

---



---



---



---



---



---