

Frau / Herr \_\_\_\_\_ wird zum \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Einstellungsdatum

als \_\_\_\_\_ eingestellt.  
Stellenbezeichnung

Die Einarbeitung ist geplant vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Datum Datum

Die praktische Einarbeitung unter Leitung der Fachkraft \_\_\_\_\_  
Name der einarbeitenden Fachkraft

ist vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geplant.  
Datum Datum

Das Abschlussgespräch ist am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ vorgesehen.  
Datum Uhrzeit

Folgende Personen werden am Abschlussgespräch teilnehmen:

\_\_\_\_\_

Namen der Teilnehmer (z. B. Mentorin, einarbeitende Fachkraft, PDL)

\_\_\_\_\_

Unterschrift einarbeitende Fachkraft Unterschrift Mentorin

**Ausgehändigte Unterlagen:**

Arbeitsvertrag und Anlagen       Stellenbeschreibung       Anforderungsprofil

Organigramm       Leitbild/Pflegeleitbild       Einarbeitungscheckliste

\_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter Datum Unterschrift PDL

**Allgemeine Informationen über die Einrichtung:**

Unternehmensleitbild, -philosophie       Schulungsangebote der Einrichtung       Dienstzeiten, Pausenzeiten, Rufbereitschaft

Abläufe Dienstplanung, Urlaubsplanung (z. B. Wunschbuch, -plan)       Datenschutz im Umgang mit Bewohnerdaten und betrieblichen Abläufen       Pflegestandards, Pflegerichtlinien, Arbeitsanweisungen Dienstanweisungen

Namens- und Handzeichenliste       Dokumentationssystem       Umgang mit dem QM-Handbuch

Qualitätspolitik und -ziele       Arbeitsschutzpolitik und -ziele

\_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter Datum Unterschrift PDL

	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt			
Geprüft			
Freigegeben			
Dateiname:	2.8.2_CI_Einarbeitung-Pflege.doc		

**Einweisung in die organisatorischen Abläufe der Organisation:**

Übergaben, Besprechungen

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Einzug eines Bewohners

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Pflegevisite

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Überleitung in und Rückkehr aus dem Krankenhaus

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Handhabung von Formularen

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Verhalten bei Unfällen (Verbandbuch) bzw. Unfallmeldung

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Gesundheitsvorsorge (Vorsorgeuntersuchungen, Immunisierung)

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Verpflichtung bezüglich Arbeit- und Gesundheitsschutz

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Erstellung einer Pflegeplanung und dazugehörigen Dokumentationen

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Umgang mit Bewohnereigentum

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Verhalten bei Notfällen

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

**Einweisung in die Grundpflege:**

Ganzkörperwäsche im Bett

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Ganzkörperwäsche am Waschbecken

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

...

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

**Einweisung in den Umgang mit Patienten-Notfällen:**

Sturz- und Sturzgefahr

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

Umgang mit Wegläufern

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

...

Datum

Hz Einweiser

Unterschrift Mitarbeiter

**Einweisung in die Abläufe der Behandlungspflege:**

Umgang mit Medikamenten

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Umgang mit Verordnungen

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Katheterwechsel

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Spritzen- und Kanülenentsorgung,  
Pen (Nadelentsorgung)

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Trachealkanülenpflege

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Hygienestandards

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Flächendesinfektion, Haut- und Händedesinfektion,  
Hautschutz, Handschuhplan

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Prophylaxestandards

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

**Einweisung in den Umgang mit**

Gefahrstoffen

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Biologischen Arbeitsstoffen

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Technischen Arbeitsmitteln  
inkl. Medizinprodukten

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

Hilfsmitteln

\_\_\_\_\_  
Datum Hz Einweiser Unterschrift Mitarbeiter

**Feedback zum Einarbeitungsverlauf:**

Praktische Einarbeitung durchgeführt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift einarbeitende Fachkraft

Einarbeitung abgeschlossen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mentorin

Anhang: Zeit-/Maßnahmenplan