

Ausbildungsbetrieb:		Name: Max Mustermann	
Ausbildungsabteilung/ Ausbildungsabschnitt: OP-Anästhesie (Rettungssanitätäreinsatz)			
Ausbildungsnachweis - Nr. 51		Ausbildungs- woche vom 10.12. 20xx bis 14.12.20xx	Ausbildungsjahr: 2
Tag	Vermittelte Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten, ausgeführte Arbeiten, Unterricht, Unterweisungen		Std.
Montag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei	Überwachen der Vitalfunktionen während der Narkose / Auffüllen von Medikamenten		
	und Materialien / EKG, RR und SpO ₂ angelegt		
	Maskenbeatmung während der Narkoseeinleitung / Infusion Ri-Lac vorbereitet		
	Intubation vorbereitet		
Dienstag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei	Patientenlagerung		
	IV-Zugang vorbereitet / Intubation vorbereitet		
	Überwachung er Vitalfunktion während der Narkose		
	EKG, RR und SpO ₂ angelegt		
Mittwoch <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei	Check der Beatmungsmaschine		
	IV-Zugang vorbereitet / Überwachung er Vitalfunktion während der Narkose		
	EKG, RR und SpO ₂ angelegt		
	Intubation vorbereitet		
Donnerstag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei	Patientenlagerung		
Freitag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei			
Samstag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei			
Sonntag <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Frei			
		Wochenstunden	
Bemerkungen			

Auszubildende/r Datum und Unterschrift	Ausbilder/in Datum und Unterschrift	verantw. Ausbilder/in Datum und Unterschrift	Berufsschullehrer/in Datum und Unterschrift
--	---	--	---