

Nachweis AEMP - Praxiseinblick

Dieser Nachweis dokumentiert die für den AEMP-Kurs geforderte Praxiserfahrung von mindestens fünf Praxistagen in einer Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte. Jeder Praxiseinsatz ist durch die betreuende Fachperson zu bestätigen. Die Praxiserfahrung ist nicht auf fünf Tage beschränkt; eine längere Dauer kann sinnvoll sein.

1. Teilnehmende Person und Betrieb

Angabe	Eintrag
Name, Vorname	
Kurs / Kurscode	
Betrieb / AEMP	
Adresse	
Verantwortliche Fachperson	
Zeitraum	von _____ bis _____

2. Verbindlicher Inhalt

Einsatzbereich	Mindestumfang	Schwerpunkte
Nasszone	2 Tage	Annahme, Sortierung, Vorreinigung sowie Reinigung und Desinfektion
Reinzone / Packbereich	2 Tage	Kontrolle, Pflege, Funktionsprüfung, Zusammenstellung, Verpackung und Kennzeichnung
Sterilgutbereich	1 Tag	Sterilisation, Freigabe, und Lagerung der Sterilgüter

Ein Praxistag entspricht einem betriebsüblichen Arbeitstag. Die fünf Tage können zusammenhängend oder auf mehrere Zeiträume verteilt absolviert werden.

3. Nachweis der fünf Praxistage

Tag	Datum / Zeit	Einsatzbereich	Praktische Tätigkeiten und Bemerkungen	Kürzel Betreuung
1	Datum: _____	Nasszone	Annahme, Sortierung, Vorreinigung und sachgerechte Bereitstellung zur Aufbereitung Bemerkungen: _____	_____
2	Datum: _____	Nasszone	Reinigung und Desinfektion, Beladung, Prozessablauf und Kontrolle der Reinigungsergebnisse Bemerkungen: _____	_____
3	Datum: _____	Reinzone / Packbereich	Kontrolle, Pflege, Funktionsprüfung und Zusammenstellung von Medizinprodukten Bemerkungen: _____	_____
4	Datum: _____	Reinzone / Packbereich	Verpackung, Kennzeichnung, Dokumentation und Vorbereitung zur Sterilisation Bemerkungen: _____	_____
5	Datum: _____	Sterilgutbereich	Sterilisation, Prozessablauf, Freigabe, und Lagerung der Sterilgüter Bemerkungen: _____	_____

4. Abschlussbestätigung

Die Gesundheitseinrichtung bestätigt, dass die oben genannte Person die aufgeführten fünf Praxistage unter fachlicher Anleitung absolviert hat. Die dokumentierten Einsatzbereiche und Tätigkeiten wurden nachvollziehbar durchgeführt.

Teilnehmende Person	Verantwortliche Fachperson / Betrieb
Ort, Datum: _____	Ort, Datum: _____
Unterschrift: _____	Unterschrift / Stempel: _____