|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stellenbeschrieb** | | | | | | |
| ORG 004 | | | | Version: 1 | | |
| Erstellung | | Überprüfung | | | In-Kraft-Setzung | |
| Datum: |  | Datum: |  | | Datum: |  |
| Name: |  | Name: |  | | Name: |  |
| Visum: |  | Visum: |  | | Visum: |  |

1. **Personalien**

Name

Vorname

Starsse

Plz Ort

Tel. P

Mobile

Mail

AHV

Zivilstand

Kinder

1. **Ausbildung**

1. **Sprachkenntnisse**

1. **Arbeitsbeginn**

1. **Arbeitspensum**

1. **Soziale Kompetenzen**

Loyalität

Zuverlässigkeit

Schnelle Auffassungsgabe

Pünktlichkeit

Belastbarkeit

1. **Tätigkeitsbeschrieb klinisch**

- Aufnahme der Krankengeschichte des Patienten bei Anmeldung

- Erklären von Behandlungsmassnahmen

- Vorbereitung für Untersuchungsmassnahmen

- Sprechstundenassistenz, BD, P, SO2, Grösse und Gewicht

- Unterstützung während der Untersuchung

- Entnahme und Verarbeitung von Laborproben

- Durchführen von Laboranalysen

- Instruktion des Pat. in Bezug auf Medikamenteneinnahme o. Einhaltung v. Diäten

- Nach Vorgaben des Arztes Vorbereiten und Verabreichen von HM

- Blutentnahmen

- Aufzeichnung von EKG

- Durchführung von Röntgenaufnahmen Thorax und Extremitäten

- Nahtentfernung und Verbandwechsel

- Kontrolle des Praxisablaufs gemäss SOP’s

- Kontrolle von Impfbüchlein

1. **Tätigkeitsbeschrieb administrativ**

- Anwendung von PC-Programmen

- Bedienung Telefon, Telefax, email im medizinischen Verkehr

- Leistungserfassung nach Anweisung

- Schreiben ab Diktat

- Empfang der Patienten und Triagefunktion

- Aufdatierung und Ablage der Patientendossiers

- Einscannen und Ablage wichtiger Unterlagen und Berichte

- Ausfüllen von Versicherungsberichten nach Anweisung des Arztes

- Terminvergabe und Sprechstundenplanung

- Spitalüberweisungen und Zuweisungen zu Konsilien

- Führen weiterer Korrespondenz

- Materialbewirtschaftung

- Apothekenverwaltung (Ergänzungen mit einzelnen Aufgaben im Umgang mit

Heilmitteln, z.B. Umgang mit Betäubungsmitteln, Umgang mit psychotropen Stoffen,

Verfalldatenkontrolle, Umgang mit Heilmittelretouren, Bestellung und

Warenannahme, Temperaturkontrollen, etc.)

- Abrechnungswesen

- Dosimetrie

- Kontrolle des Praxisbetriebes gemäss SOP’s

1. **Verteiler**

Qualitätssicherungshandbuch (Original)

Stelleninhaber/in

Visum

Ort / Datum ........................................................................

Unterschrift Stelleninhaber/in .......................................................................

Unterschrift verantwortliche Person .......................................................................

1. **Änderungsindex**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Version | Änderungs-datum | Grund der Änderung | Kapitel | gültig ab |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |