

<input type="checkbox"/> Ersteinweisung	<input type="checkbox"/> Unterweisung	<input type="checkbox"/> turnusmäßig	<input checked="" type="checkbox"/> jährlich
<input type="checkbox"/> Gefahr- und Biostoffe	<input type="checkbox"/> Brandschutz	<input type="checkbox"/> Arbeitssicherheit	<input type="checkbox"/> MPG
<input checked="" type="checkbox"/> Hygiene	<input type="checkbox"/> Datenschutz	<input type="checkbox"/> Erste Hilfe/Notfall	<input type="checkbox"/> Transfusion
<input type="checkbox"/> Strahlenschutz	<input checked="" type="checkbox"/> andere Veranstaltung: Ärztfortbildung		
Veranstaltungsort:			
<input checked="" type="checkbox"/> Kinderklinik	<input type="checkbox"/> Kinderhaus	<input type="checkbox"/> EDV-Schulungsraum	
<input type="checkbox"/> Finanzbuchhaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Konferenzraum		
Veranstaltungstag:	27.08.2024		
Uhrzeit/Dauer:	7:00 Uhr bis 7:45 Uhr		
Ersatztermin:	_____ (Ort /Zeit)		

Sehr geehrte(r) Mitarbeiter/ Innen,
wir möchten Sie herzlich zur **Ärztfortbildung** am **27.08.24** einladen.

Thema der Fortbildung:

- Perioperative Antibiotikaprophylaxe
- Delabeling Penicillin-Allergie

Die Fortbildung wird von Frau Dr. Johanna Loskill gehalten und ist mit einem Punkt zertifiziert.

Bitte geben Sie Herrn Tino Fischer (IBF) bis spätestens **20.08.24** Bescheid, an welchem Vortrag Sie teilnehmen wollen. Vielen Dank!

Bitte an den entsprechenden Veranstalter senden (Fax 2471/ Hauspost)

Ich/Wir _____ (Namen eintragen)
nehme(n) zu folgenden Zeiten _____ (Zeiten eintragen) teil.

Station / Bereich: _____

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift