

Name, Vorname:	Einstellungsdatum:
Mentor (ZM/FL):	Standort:

Pflichtveranstaltungen im Rahmen der Probezeit (6 Monate)

Thema	Zeit (h)	Erledigt / Datum
Einführungsgespräch durch ZM	1	
<ul style="list-style-type: none"> Besprechung der Unternehmenspolitik QMF 197 im Zusammenhang mit Qualitätszielen AA 37, QMF 201 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Führungs- und Organisationsgrundsätze QMF 254 Unternehmensgrundsätze QMF 197 Organigramm QMF 18 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> QM-Grundlagen, NT Prozesslandkarte QMF 55 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Einarbeitungsplan erläutern QMF 235d Abkürzungsverzeichnis erläutern VA 14 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOVO Schulung PT	16	
1. Tag 1 Grundlagen und Messungen		<input type="checkbox"/>
2. Tag 2 Evidenzorientierte Therapie		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wissensabgleich <70%		<input type="checkbox"/> >70%
KGG	30	
<ul style="list-style-type: none"> bereits extern absolviert im Jahr 		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> NOVOTERGUM – Zentrale im Jahr 		<input type="checkbox"/>
Supervisionen (durch den FL) zu senden an schulung@novotergum.ag (Therapiemanagement)	5,5	
Physioscreening 1 Einzeltherapie 30 Minuten (QMF 90)	1	<input type="checkbox"/>
Physioscreening 1 KGG Wirbelsäule 60 Minuten (QMF 259) + 30 Minuten Nachbesprechung	1,5	<input type="checkbox"/>
Physioscreening 1 KGG Extremitäten 60 Minuten (QMF 259) + 30 Minuten Nachbesprechung	1,5	<input type="checkbox"/>
Abnahme KGG Betreuung auf der Trainingsfläche 3:1 (QMF 268)	1,5	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Im weiteren Verlauf der Anstellung ist eine Supervision / Jahr durch den Fachlichen Leiter / die Fachliche Leiterin durchzuführen, zu dokumentieren und ebenso an das Therapiemanagement zu senden.		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die vorgenannten Einarbeitungsinhalte vermittelt wurden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Name, Vorname:	Einstellungsdatum:
Mentor (ZM/FL):	Standort:

Einarbeitung im Standort

Woche 1 bis 2	Zeit (h)	Erledigt / Datum
Begrüßung und Einweisung <ul style="list-style-type: none"> Vorstellung Kollegen, Räumlichkeiten NOVOTERGUM - Struktur: Kontaktliste QMF 15, 15b NOVOTERGUM - Konzept, QM-Downloadarchiv, Liste der Dokumente QMF 39 Zugänge Praxissoftware Homepage, Mitarbeiter App Bekleidung, Namensschild 	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wichtige Handlungsanweisungen durchsprechen <ul style="list-style-type: none"> Durchführung gesetzlich vorgeschriebener Unterweisungen AA 45 Brandschutzordnung, Flucht- und Rettungsplan, Feuerlöscher Sauberkeit und Hygiene AA02 Vorgehensweise bei Unfällen und 1-Hilfe-Maßnahmen VA 18 Umgang mit elektr. höhenverstellbaren Liegen QMA 01-18 Sicherheitsbelehrung QMF 85b relevante Themen aus Arbeitsschutzgesetz Beschwerdemanagement VA 20, QMF 223 Patientenzufriedenheit VA 08, QMF 10, 10a 	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schulung Therapiedokumente <ul style="list-style-type: none"> Nutzung Nutzung Patientenanamnese, VA 13 Digitale Fragebögen AA 04/04a Therapie - Dokumentation: Inhalte QMF 16 3-A Diagnostik, Inhalte QMF 69, 69a, 69b Therapieplan QMF 108 Standardisierte Messungen AA 34 DIAGNOS 	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nutzung Therapiesoftware	2	<input type="checkbox"/>
Einzeltherapie <ul style="list-style-type: none"> Ablauf Physioscreening Standardisierte Messungen QMF108 	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
KGG / Trainingsfläche <ul style="list-style-type: none"> Ablauf KGG-Einheit Grundeinstellung Großgeräte, Korrekturen Ausgleichübungen / Dehnungen Einführung Kleingeräte Einführungen Seilzugübungen Übungskatalog Ablauf Wärmebehandlung Begleitung auf der Fläche 	8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infomaterial und Marketing <ul style="list-style-type: none"> Patienteninformationen Bewegungsübungszettel Selbstzahlerangebote / Preisliste 	Nach Bedarf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Austausch mit dem FL/ZM (Ende 2. Woche)	1	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die vorgenannten Einarbeitungsinhalte vermittelt wurden.

Einarbeitungsplan Physiotherapeut/in



Name, Vorname:	Einstellungsdatum:
Mentor (ZM/FL):	Standort:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Woche 3 bis 6	Zeit (h)	Erledigt / Datum
Administration <ul style="list-style-type: none"> Anforderungen Begrüßung, Anmeldung, Terminplaner Heilmittelrichtlinie / Verordnungen Kommunikation Selbstzahlerangebote, IV-Verträge Praxissoftware - Prozesse nach Bedarf: Patienten-/Rezeptanlage, Fragebogenprozesse, Dokumente Sonstige Themen 	6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Einzeltherapie <ul style="list-style-type: none"> Supervision Physioscreening 1 QMF 90 + Nachbesprechung 	1	<input type="checkbox"/>
KGG <ul style="list-style-type: none"> Begleitung auf der Fläche Abnahme 3:1 Betreuung mit Nachbesprechung QMF 268 	nach Bedarf 1,5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schulung Dokumente / Abläufe Analysen <ul style="list-style-type: none"> Checklisten für die Therapeuten <ul style="list-style-type: none"> QMF 238 Checkliste Extremitäten (KGG + IV) QMF 239 Checkliste Wirbelsäule (KGG + IV) QMF 284 Checkliste FPZ Wirbelsäule QMF 289 Checkliste DAK Rückencoach QMF 290 Checkliste FPZ – Knie/ Hüfte AA 31 Analyse Wirbelsäule 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Austausch mit dem FL/ZM (Ende 6. Woche)	1	<input type="checkbox"/>
Bis Woche 12 (3 Monate)		<input type="checkbox"/>
Probezeitgespräch 1 gemäß AA 37 Mitarbeitergespräche, zu dokumentieren auf QMF 161 Probezeitgespräche, zu senden an personal@novotergum.de	1	<input type="checkbox"/>
Bis Woche 24 (6 Monate)		<input type="checkbox"/>
Einarbeitung in die Physioscreenings <ul style="list-style-type: none"> 3 beliebige Physioscreenings mitlaufen + 30 Minuten Nachbesprechung 2 beliebige Physioscreenings mit einem Mitarbeiter durchführen: 1 x Proband, 1 x Therapeut + 30 Minuten Nachbesprechung 3 beliebige Physioscreenings begleitet durchführen im Team (je 90 Minuten) 2 beliebige Physioscreenings selbstständig durchführen (je 90 Minuten) unter Supervision des FL Analysefreischaltung durch FL beantragen im TM 	15	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Probezeitendgespräch gemäß AA 37 Mitarbeitergespräche, zu dokumentieren auf QMF 161 Probezeitgespräche, zu senden an personal@novotergum.de	1	<input type="checkbox"/>
Sonstige Themen	nach Bedarf	
Hinweis: Die zeitlichen Angaben dienen als Richtwerte.		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die vorgenannten Einarbeitungsinhalte vermittelt wurden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Nach der Einarbeitung ist dieser Einarbeitungsplan durch den FL an personal@novotergum.de zu senden.