

# TRAININGSTATUS

## 1. Gegevens van het ziekenhuis

*Ziekenhuisstempel, indien beschikbaar*

\_\_\_\_\_  
*Naam van het ziekenhuis*

\_\_\_\_\_  
*Afdeling*

\_\_\_\_\_  
*Adres*

\_\_\_\_\_  
*Postcode/Plaats*

## 2. Reden voor Training

Initiële training       Herhalingstraining       Nieuwe of aangepaste versie

## 3. Handtekening van zorgprofessional

	<b>Voornaam, achternaam</b> <i>(in blokletters)</i>	<b>Beroep/Specialisatie</b>	<b>Datum, handtekening</b>
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____

De volgende deelnemers dienen opnieuw te worden getraind:

\_\_\_\_\_

Verantwoordelijke voor training:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Plaats, datum

\_\_\_\_\_  
Naam in blokletters



\_\_\_\_\_  
Handtekening van trainer/functie

# TRAININGSTATUS

## 4. Inhoud van de training

Afgerond	Documentnaam	Doc. Nr.	Versie
<input type="checkbox"/>	Trainingsmateriaal	FB 10/08/90	_____
<input type="checkbox"/>	Voorschrijvers Checklist	FB 10/08/93	_____
<input type="checkbox"/>	Biopsie Rapport	FB 10/08/96	_____
<input type="checkbox"/>	Informatie- en Toestemmingsformulier voor de Patiënt	FB 10/08/94	_____
<input type="checkbox"/>	Bijsluiter: Informatie voor de patiënt	FB 06/08/71	_____
<input type="checkbox"/>	Samenvatting van de Productkenmerken (SmPC)	FB 06/08/70	_____
<input type="checkbox"/>	Overige:	_____	
<input type="checkbox"/>	Overige:	_____	

## 5. Opmerkingen, vragen of suggesties betreffende de training

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. Test

- Type prestatiebeoordeling  Discussie  Vraag & Antwoord
- Uitgevoerd en geslaagd door de deelnemers  Ja  Nee