Tägliche/Wöchentliche Tätigkeiten

Tätigkeiten gemäß dem Hygieneplan durchgeführt				
Tag oder KW	**Datum/Namenszeichen**	**Arbeitsbereich**	**Kommentar**	**Apothekenleiter informiert**

Monatliche Tätigkeiten

Tätigkeiten gemäß dem Hygieneplan durchgeführt				
Kalenderwoche	**Datum/Namenszeichen**	**Arbeitsbereich**	**Kommentar**	**Apothekenleiter informiert**