

2. számú melléklet

Ismétlődő takarítás-minőségellenőrzési adatlap

Szervezeti egység megnevezése:

A takarítás ellenőrzésével megbízott neve:

Tel:

E-mail:

Takarítást végző cég megnevezése:

Cég képviselőjének neve:

Tel:

E-mail:

	Minősítendőek megnevezése	Jól megfelelt	Megfelelt	Hiányosan megfelelt	Nem felelt meg
1.	Kórtermek				
2.	Kezelők, vizsgálók, kötözők				
3.	Intenzív osztály				
4.	Műtők				
5.	Járóbeteg-rendelők				
6.	Irodák, tanterem, orvosi szobák				
7.	Fürdő-, mosdó-, WC helyiségek, öltözők				
8.	Folyósok, lépcsőházak, aulák				
9.	Liftek				
10.	Raktárak, tisztítószer raktár,				
11.	Konyhák, tartózkodók				
12.	Takarítók ruházata, névtábla használata,				
13.	Takarítók létszáma, állandósága, fluktuáció,				
14.	Takarítóeszközök				
15.	Takarító kocsik tisztasága, felszereltsége				
16.	Tisztító- és fertőtlenítőszer minősége, alkalmazása				
17.	Elvégzendő feladat ismerete				
18.	Kapcsolattartás				
19.	Eseménynapló bejegyzéseinek orvoslása				
20.	A napi takarítás átadás átvétel dokumentálása				
21.	Erkölcsei és oltási bizonyítvány megléte				

Budapest, 20... hónap... nap

Szervezeti egység képviselője:

Takarító cég képviselője:

SZI képviselője:

Ismétlődő takarítás – minőségellenőrzési adatlap

Megjegyzés:

Szervezeti

képviselője:.....

egység

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Megjegyzés

Takarítócég

képviselője:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Megjegyzés:

SZI képviselője:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Budapest, 20... év..... hónap... nap

Szervezeti egység képviselője:

Takarító cég képviselője:

SZI képviselője: