|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte ankreuzen**  |  ❑ Fehler ❑ Beschwerde  |
| **Beschreibung des Vorfalls**(Was ist passiert?) |  |
| **Datum** |  |
| **Name** (freiwillig) |  |
| **Einstufung** (Wie schwerwiegend ist der Vorfall?) | * leicht ❑ mittel ❑ schwer
 |
| **Häufigkeit des Vorfalls** | * erstmalig ❑ selten ❑ häufig
 |
| **Besprechung in Teamsitzung** | * Ja, am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Maßnahme** (Was wurde unternommen, um das Problem zu beheben?) |  |
| **Kontrolle** | Datum der Kontrolle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Thema nicht wieder aufgetreten, erledigt.
* Thema wird ins Risikomanagement übernommen.
* Bei Beschwerde: ggf. Rückmeldung an Patienten erfolgt.
 |