|  |  |
| --- | --- |
| **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. |