

ANALYSEFORMULAR

EREIGNIS ID: _____

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verwaltung/Organisation | <input type="checkbox"/> Medizinische Geräte, Ausstattung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung/Therapie | <input type="checkbox"/> Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> Hygiene/Aufbereitung | <input type="checkbox"/> Personaleinsatz/Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> Medikation/Verordnung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

RISIKOEINSCHÄTZUNG		

BEITRAGENDE FAKTOREN	
Patient	
Individuelle Faktoren	
Team	
Arbeitsbedingungen	
Organisation/Management	
Schnittstellen	
Aufgabe	

ZUSAMMENFASSUNG ANALYSE/WEITERE INFORMATIONEN

Ereignis vorgestellt am: _____
Datum Unterschrift