

Sie möchten uns gegenüber eine Beschwerde äußern oder einen Fehler, ein kritisches bzw. unerwünschtes Ereignis mitteilen?

Dann füllen Sie bitte die unter Punkt **1. Dokumentation** die Ihnen zutreffend erscheinenden Punkte aus.

Senden Sie das ausgefüllte Formular an Praxis Dr. Richter . Rüttenscheider Str. 16 . 45128 Essen oder faxen Sie es an die 0201 79 87 74 29.

Vermerken Sie Ihre Kontaktdaten, falls Sie von uns eine Rückmeldung wünschen. Vielen Dank.

### 1. Dokumentation:

(Fehler, kritische und unerwünschte Ereignisse, Beinahe-Schäden, Schäden und Beschwerden)

Was war das Ereignis? **Was** ist **wann** passiert? **Wer** war beteiligt?

Kontext:  Prävention     Diagnosestellung     Organisation (Schnittstellen/ Kommunikation)  
 nichtinvasive Maßnahmen     invasive Maßnahmen (Diag./ Therapie)

Patient (falls betroffen): \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  w  m

Kam der Patient zu Schaden?     nicht anwendbar (kein Pat. beteiligt)     nein  
 minimaler Schaden/ Verunsicherung des Pat.  
 passagerer Schaden:     leicht . mittel     schwer  
 Dauerschaden:     leicht . mittel     schwer     Tod

### 2. Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen:

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

erstmalig     jährlich     monatlich     täglich     \_\_\_\_\_

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten)
- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)
- Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
- Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)
- Sonstiges:

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

### 3. Ereignis abgeschlossen:

Im Team besprochen: \_\_\_\_\_ (Datum, Unterschrift) und

Beteiligte\* informiert: \_\_\_\_\_ (Datum, Unterschrift)

(\* z. B. Beschwerdeführer, Patient, Angehöriger, Zuweiser, Krankenkasse, KV)