

<b>1. Dokumentation<sup>1</sup></b> (Kritische und unerwünschte Ereignisse, Fehler, Beinahe-Schäden, Schäden und Beschwerden)	
Patient/ -in (falls betroffen):	Alter: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
Wo ist das Ereignis passiert? (z. B. Praxis, Hausbesuch, Pflegeheim, Bereitschaftsdienst)	
<input type="checkbox"/> Routinesituation oder <input type="checkbox"/> Notfall?	
<b>Was ist passiert? Was war das Ergebnis?</b>	
Kam die Patientin/ der Patient zu Schaden?	
<input type="checkbox"/> nicht anwendbar (kein Patient beteiligt)	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> minimaler Schaden/ Verunsicherung des Patienten	
<input type="checkbox"/> passagerer Schaden	<input type="checkbox"/> leicht – mittel <input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> dauerhafter Schaden	<input type="checkbox"/> leicht – mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Tod
<b>2. Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen</b>	
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?	
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?	
<input type="checkbox"/> <b>Kommunikation</b> (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten)	<input type="checkbox"/> <b>Patientenfaktoren</b> (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc., Kommunikation).
<input type="checkbox"/> <b>Ausbildung und Training</b>	<input type="checkbox"/> <b>technische Geräte</b> (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.) (Diagnostik/Therapie)
<input type="checkbox"/> <b>persönliche Faktoren der Mitarbeitenden</b> (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Kontext der Institution</b> (Organisation des Gesundheitswesens etc.) (Diagnostik/Therapie)
<input type="checkbox"/> <b>Teamfaktoren</b> (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Medikation</b> (Medikamente beteiligt?)
<input type="checkbox"/> <b>Organisation</b> (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)	<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b>
Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?	
<input type="checkbox"/> erstmalig	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> täglich
<b>3. Auswertung abgeschlossen</b>	
Im Team besprochen (Datum/Unterschrift)	Beteiligte informiert (Datum/Unterschrift)

<sup>1</sup> angelehnt an Berichtsformular [www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de)