

1. Dokumentation¹ (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?	
Was ist passiert? Was war das Ergebnis? Dieses Feld kann vom Patienten ausgefüllt werden.	
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	
2. Auswertung und Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen	
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?	
Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? <input type="checkbox"/> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten) <input type="checkbox"/> Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc., Kommunikation). <input type="checkbox"/> Ausbildung und Training <input type="checkbox"/> technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.) (Diagnostik/Therapie) <input type="checkbox"/> persönliche Faktoren der Mitarbeitenden (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) <input type="checkbox"/> Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.) (Diagnostik/Therapie) <input type="checkbox"/> Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) <input type="checkbox"/> Medikation (Medikamente beteiligt?) <input type="checkbox"/> Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? <input type="checkbox"/> erstmalig <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> täglich	
3. Auswertung abgeschlossen	
Im Team besprochen (Datum/Unterschrift)	Beteiligte informiert (Datum/Unterschrift)

¹ angelehnt an Berichtsformular www.cirsmedical.de