

Bericht über einen Fehler/Beinahe-Zwischenfall oder eine Beschwerde

Datum des Vorfalls: _____ Praxisname: _____ Abteilung Klinik: _____

Vorfall ist: ein Fehler ein Beinahevorkommnis eine Beschwerde

Vorfall tritt auf: zum ersten Mal schon häufiger

Waren Patienten beteiligt? ja nein

Wer berichtet: Arzt/Ärztin Mitarbeiter/Mitarbeiterin Patient/Dritter

1. Wobei ist der Vorfall passiert?

Diagnostik Dokumentation Medikamentöse Therapie

Sonstiges: _____

2. An welchem Ort trat der Vorfall auf?

Praxis Notdienst Pflege-/Altenheim
 Klinik Hausbesuch Sonstiges: _____

3. Wann trat der Vorfall auf:

Sprechstunde außerhalb d. Sprechstunde Sonstiges:
 Einweisung Krankenhausaufenthalt Entlassung

4. Beschreibung (Was ist passiert?):

5. Wer oder was hat den Vorfall hauptsächlich ausgelöst?

Arzt/Ärztin Mitarbeiter/Mitarbeiterin Materialfehler/Geräteversagen
 Systemfehler Sonstiges _____

6. Welche Faktoren trugen zu dem Vorfall bei (Mehrfachnennung möglich)?

Kommunikation Ausbildung/ Training Ausrüstung
 Medikamente Organisation Patient
 Aufgabenverteilung Team und soziale Faktoren Sonstiges: _____

7. Wie wäre ein solcher Vorfall zukünftig zu vermeiden?

8. Schweregrad des Vorfalls (Mehrfachnennung möglich):

- Stört den praxisinternen Ablauf
- Verursacht Zusatzkosten (für Praxis oder Netz)
- Beinahe-Fehler (erreicht den Patienten nicht)
- Fehlerfolge Stufe 1: Unbequemlichkeit/Verunsicherung für den Patienten
- Fehlerfolge Stufe 2: geringe Schädigung/Gefährdung für Patient oder Praxisteam
- Fehlerfolge Stufe 3: erhebliche Schädigung – Eingreifen erforderlich
- Fehlerfolge Stufe 4: Schwerwiegende Konsequenzen (z. B. Einweisung, dauerhafter Schaden)
- Fehlerfolge Stufe 5: Schwerste Folgen (Lebensgefahr, Intensivbehandlung, Tod)

Stempel

Dateiname: FORM Zwischenfall_Beinahe-Zwischenfall Praxis_Klinikum180918.doc	Erstellt/ Geändert: 18.09.2018	Gültig ab: 18.09.2018	Seite 1 von 1
---	-----------------------------------	--------------------------	---------------