

Berichts- und Analyseformular

Ereignis ID:	D	atum Ereignis:	Datum Bericht:
	und wo passiert und	was waren die Folgen it Rückschlüsse auf Personen nich	nt möglich sind
Wie schätzen wir das Risiko ein? (passendes Feld in der Risikomatrix ankreuzen)			
Wie wahrscheinlich ist es, dass das Ereignis wieder auftritt?	Häufig Möglich Selten Sehr selten unwahrscheinlich	5 4 3 2 1 1 2	3 4 5
	Wie	unbedeutend gering könnte im schlimmsten Fall der	spürbar kritisch katastrophal Schaden für den Patienten sein?
Grüner oder gelber Bereich = geringes Risiko: Besprechung in der nächsten Teamsitzung Roter Bereich = hohes Risiko: Sofortiger Handlungsbedarf			
Welche Faktoren haben zum Ereignis beigetragen?			
Patient:			
Individuelle Faktoren:			
Team:			
Arbeitsbedingungen:			
Organisation/Management:			
Schnittstellen:			
Aufgabe:			



Unsere Maßnahmen, um den Fehler oder das Ereignis zukünftig zu vermeiden: Maßnahmen sind SMART: Spezifisch - Messbar - Akzeptiert - Realistisch - Terminierbar Besser aufpassen oder konzentrierter arbeiten hilft nicht Beschreibung Maßnahme 1: Bis wann werden wir die Maßnahme umsetzen: Wer ist verantwortlich: Wann und wie werden wir die Wirksamkeit der Maßnahme überprüfen: Beschreibung Maßnahme 2: Bis wann werden wir die Maßnahme umsetzen: Wer ist verantwortlich: Wann und wie werden wir die Wirksamkeit der Maßnahme überprüfen: Beschreibung Maßnahme 3: Bis wann werden wir die Maßnahme umsetzen: Wer ist verantwortlich: Wann und wie werden wir die Wirksamkeit der Maßnahme überprüfen:

Das Ereignis und die beschlossenen Maßnahmen wurden im Team besprochen.

Datum Teambesprechung:

Weitere Anmerkungen: