

Patient/Mitarbeiter

Name

Geburtsdatum

Patienten-/Mitarbeiternummer

Produkt-/Verfahrensmangel

Handlungsbedarf

Ja

Maßnahmen

Datum

Ergebnis

Nein

Gründe

Datum Ablage

Weiteres Vorgehen

Details

Wer setzt
Maßnahme(n) um?

Datum

Wer prüft Erfolg?
