



**Meldeblatt besondere Vorkommnisse (z.H. Bereichsleitung)**

Mitarbeiter/in:	Information am: informiert durch:
Klient/in, Teilnehmer/in, Beschäftigte/r:	Meldedatum:
gesetzl. Betreuer:	Bereichsleitung:
Angehörige:	

**Ereignis:**

**Kurze Beschreibung des Ereignisses**

Zeitpunkt des Ereignisses	
Was ereignete sich?	



Wo ereignete es sich?	
Wer war wie beteiligt?	
Ursache des Ereignisses <input type="checkbox"/> technisch <input type="checkbox"/> organisatorisch <input type="checkbox"/> menschlicher Faktor	
Getroffene Maßnahmen	
Vorschläge zur Prävention	

**Kategorie:**

- |                            |                          |  |                          |
|----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Todesfall                  | <input type="checkbox"/> | Medikamente + Stellungnahme                  | <input type="checkbox"/> |
| Körperliche Gewalt         | <input type="checkbox"/> | Vermisste Personen                           | <input type="checkbox"/> |
| Einweisung ins Krankenhaus | <input type="checkbox"/> | Meldepflichtige Erkrankungen                 | <input type="checkbox"/> |
| Unfall / Arbeitsunfall     | <input type="checkbox"/> | (mehr als 2 Personen mit gleichen Symptomen) |                          |
| sonstige                   | <input type="checkbox"/> |  |                          |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der meldenden Person