

Hændelsesrapport

Patient

Område hvor afvigelsen er konstateret:

Sign.:

Dato:

1. Beskrivelse af utilsigtede hændelse / nærvæd ulykke

Dato: _____ Underskrift: _____

2. Beskrivelse af årsagen til hændelsen

Dato: _____ Underskrift: _____

3. Korrigerende handling / adfærd - forbedringsforslag

Indført dato:

Dato: _____ Underskrift: _____

Opfølgning OK

Dato: _____

Underskrift: _____

Opfølgning ikke OK, ny rapport.:

Information til berørte funktioner Dato: _____ Underskrift: _____

Omkostninger realiseret:

Materialer: _____ Timer (læge): _____ Adm.løn: _____ Totalomkostn.: _____

Afsluttet af kvalitetsansvarlige Dato: _____ Underskrift: _____