|  |
| --- |
| **Fall eingeben** |
| **Patient/Klient/Bewohner/Kunde (falls betroffen)**  |
| Altersgruppe – Auswahlkategorien  |
| Geschlecht  |
| Diagnose (freier Text):  |
| Allein lebend: ja/nein Bezugsperson vorhanden: Ja/Nein |
| Betreuungssituation (Mehrfachauswahl):* Angehörige/Vertrauensperson
* mobile Heimhilfe
* mobile dipl. Hauskrankenpflege (DGKS/P)
* mobile Fachsozialbetreuung/Altenpflege
* 24-h-Betreuung
* Tageszentrum
* Alten- und Pflegeheim
* Sonstiges: Freitext
 |
| Fällt die betroffene Person unter das Chancengleichheitsgesetz (ChG)?* Ja
* Nein
* unbekannt
* beantragt
 |
| **Ereignis / Problemstellung** |
| ***Bereich*** *( Mehrfachauswahl möglich)* * *Akutaufnahmeeinheit (Krankenhaus-Notaufnahme)*
* *Allgemein Medizin (Hausarzt)*
* *Alten- und Pflegeheim*
* *Ambulante Reha*
* *Ambulanz (Krankenhaus)*
* *Apotheke*
* *Aufnahmemanagement (Krankenhausabteilung)*
* *Bandagist (Hilfsmittel, Heilbehelfe)*
* *Case Management*
* *Entlassungsmanagement (Krankenhaus: Überleitungspflege/Sozialdienst)*
* *Facharzt (niedergelassener Bereich)*
* *Interdisziplinäre Aufnahmestation (IAS)*
* *Klinische Psychologie (Krankenhaus)*
* *Klinische Sozialarbeit (Krankenhaus)*
* *Krankenhaus*
* *Langzeitpflegeeinrichtung (z.B. ChG)*
* *Mobile Hauskrankenpflege (DGKS/P)*
* *Mobile Fachsozialbetreuung/Altenpflege*
* *Heimhilfe*
* *24-h-Betreuung*
* *Notfallmedizin*
* *Psychiatrie (KH, Reha)*
* *Psychosoziale Einrichtungen (ambulant …)*
* *Psychotherapie (niedergelassener Bereich)*
* *Rehabilitation (stationär)*
* *Rettungseinsatz (Notfall)*
* *Sozialversicherung (Krankenversicherung, Unfallversicherung, Pensionsversicherung)*
* *Teilstationäre Einrichtungen (Tageszentren)*
* *Therapie (Physio-, Ergo-, Logopädie)*
* *Transportdienst*
* *Wundmanagement*
* *Anderer Bereich: FREITEXT*
 |
| ***Versorgungsart**** *Routine*
* *Notfall*
 |
| ***In welchem Kontext fand das Ereignis/Problem statt?*** *(Mehrfachnennung möglich)** *Arztpraxis Allgemein Mediziner (Hausarzt)*
* *Arztvisite (Hausbesuch)*
* *Arztvisite im Alten- und Pflegeheim*
* *Facharztbesuch (Ordination)*
* *Krankenhauseinweisung geplant*
* *Krankenhauseinweisung akut*
* *Krankenhausaufnahme geplant*
* *Krankenhausaufnahme akut*
* *Krankenhausaufenthalt*
* *Krankenhausentlassung ohne Überleitungspflege/Sozialdienst*
* *Krankenhausentlassung mit Überleitungspflege/Sozialdienst*
* *Krankentransport*
* *Reaktivierung von mobilen Diensten*
* *Alten- und Pflegeheim (Langzeit-, Kurzzeitpflege)*
* *Mobiler Betreuungs- u. Pflegedienst (Hauskrankenpflege, Fachsozialbetreuung/Altenpflege, Heimhilfe)*
* *anderer Kontext: Krankenhausambulanz Besuch*
 |
| ***Tag des berichteten Ereignisses/Problems****Wochentag Wochenende/Feiertag* |
| ***Was ist passiert? Problem-/Fallbeschreibung (Muss-Feld)*** |
|  |
| ***Was war das Ergebnis?*** |
|  |
| ***Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?*** *(Ursache)* ***Wie kann das Problem zukünftig verhindert werden?*** |
|  |
| **Was war besonders gut?** |
|  |
| **Wie kann die Lösung (Vorschlag) aussehen?**  **(Muss-Feld)** |
| **Wie häufig tritt ein solches Ereignis/Problem ungefähr auf?** * unbekannt
* erstmalig
* täglich
* wöchentlich
* monatlich
* 1/4jährlich
* jährlich
 |
| **Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis/Problem bei?** (Mehrfachnennungen möglich)* Kommunikation mit Patient, Angehörigensystem (Vertrauensperson)
* Kommunikation mit KollegInnen aus der eigenen Organisation
* Kommunikation organisationsübergreifend (Fachleute aus einer anderen Organisation)
* Kommunikation mit einer anderen Berufsgruppe (zwischen Ärzten u. Pflegepersonal, Sozialarbeit, Therapeuten, Verwaltung …)
* Ausbildungshintergrund und Qualifikation
* Persönliche Faktoren (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation …)
* Patientenfaktoren (sprachliche Einschränkungen, med. Zustand, Sprache …)
* Technische Unterstützung Geräte (Bedienbarkeit, EDV, Geräte ,…)
* Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung)
* Medikation
* Sonstiges …
 |
| **Berichterstatter**: Bitte stellen Sie uns Ihre **Kontaktdaten** für eine ev. Kontaktaufnahme zum Nachfragen zur Verfügung. |
| **Wer berichtet? (Berufsgruppe)** |
| * Apotheke
* Allgemein Medizin (Bezirksärztevertreter …)
* Alten- u. Pflegeheim Leitung
* Chefärztlicher Dienst der Sozialversicherung
* Einsatzleitung mobile Dienste
* Koordination für Betreuung & Pflege
* Koordination nach dem Chancengleichheitsgesetz
* Krankenhaus-Ärzteschaft
* Netzwerk Hilfe (Case Management der OÖGKK)
* Psychiatrische Vor- u. Nachsorge
* Sozialberatungsstellen
* Transportorganisation
* Überleitungspflege/Sozialdienst
* Andere Berufsgruppe (Sie können einen Freitext eingeben)
 |
| **Abschließende Bemerkungen (z.B. zum Eingabeformular): Bemerkungen zum Eingabeformular: (FREITEXT)** |