|  |
| --- |
| **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)** |