|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift der Einrichtung** |  |
| **Ansprechpartner (Name)** |  |
| **Ansprechpartner (Telefon)** |  |
| **Ansprechpartner (E-Mail)** |  |
| **Datum der Meldung:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kriterium** | | | | |
| 1) | | |  | Siehe Beschreibung\* |
| **Anwendungsart** | | | | |
|  | | |  | Angaben zur Anwendungsart siehe Kurzbeschreibung\*\* |
|  | | |  | Brachytherapie |
|  | | |  | Interventionelle Diagnostik |
|  | | |  | Interventionelle Therapie |
|  | | |  | Nuklearmedizinische Diagnostik |
|  | | |  | Nuklearmedizinische Therapie |
|  | | |  | Röntgendiagnostik |
|  | | |  | Teletherapie |
| **Ereignisdatum/ oder Zeitraum** | | | | |
| Ereignisdatum | | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | | |
| Ereigniszeitraum | |  | | |
| **Institution** | | | | |
|  |  | Einzelpraxis | | |
|  |  | Gemeinschaftspraxis | | |
|  |  | Krankenhaus der Grundversorgung | | |
|  |  | Krankenhaus der Maximalversorgung | | |
|  |  | Krankenhaus der Regelversorgung | | |
|  |  | Medizinisches Versorgungszentrum | | |
|  |  | Nicht aufgeführt | | |
|  |  | Radiochemielabor | | |
|  |  | Sonstige | | |
| **Funktionsbereich** | | | | |
|  |  | Behandlungsraum | | |
|  |  | OP | | |
|  |  | Schock-Raum/Notaufnahme | | |
|  |  | Sonstige | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beinahevorkommnis** | | |
|  |  | ja |
|  |  | nein |
| **Strafverfahren** | | |
|  |  | ja |
|  |  | nein |
| **Ergänzende Meldung in einem anderen Register** | | |
|  |  | ja |
|  |  | nein |

**\*Beschreibung Kriterium:**

**\*\*Anwendungsart:**

**Kurzbeschreibung Vorkommnis:**