|  |  |
| --- | --- |
| **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:**