


Fall eingeben (Bitte keine personenbezogenen Angaben eingeben)

Zuständiges Fachgebiet:	<input type="text"/>
Altersgruppe des Patienten: (falls betroffen)	<input type="text"/>
Geschlecht des Patienten: (falls betroffen)	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	<input type="text"/>
Welche Versorgungsart:	<input type="text" value="Routinebetrieb"/>
In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)	<input type="text"/>
Was ist passiert?	<input type="text"/>
Was war das Ergebnis?	<input type="text"/>
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?	<input type="text"/>