

**Fall eingeben** (Es müssen nicht immer alle Felder ausgefüllt werden. Lieber weniger und öfter berichten. Manchmal reichen wenige Worte aus.)

Das Berichtssystem von BDA und DGAI ist streng anonym. Bitte vermeiden Sie bei der Eingabe jeden konkreten Hinweis auf beteiligte Personen oder Patienten sowie sämtliche individuelle Merkmale, soweit sie medizinisch nicht von Bedeutung sind (z.B. Geschlecht, Diagnosen, Befunde ohne Zusammenhang zum Vorfall, etc.). Schildern Sie in den Freitextfeldern das Ereignis exemplarisch unter dem Blickwinkel der Prävention.

Alle Angaben sollen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß sein.

<b>Zuständiges Fachgebiet:</b>	<input type="text" value="Anästhesiologie"/>
<b>Wo ist das Ereignis eingetreten:</b>	<input type="radio"/> Krankenhaus <input type="radio"/> Notarztendienst <input type="radio"/> Praxis <input type="radio"/> Einleitung <input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Ausleitung <input type="radio"/> AWR <input type="radio"/> Transport <input type="radio"/> Funktions-/Diagnostikraum <input type="radio"/> IST / IMC <input type="radio"/> PM-Ambulanz <input type="radio"/> Schmerzzambulanz <input type="radio"/> Notfall-Team-Einsatz <input type="radio"/> Normalstation <input type="radio"/> Akutschmerzdienst <input type="radio"/> anderer Ort: <input type="text"/>
<b>Tag des berichteten Ereignisses:</b>	<input type="radio"/> Wochentag <input type="radio"/> Wochenende / Feiertag
<b>Welche Versorgungsart:</b>	<input type="radio"/> Routinebetrieb <input type="radio"/> Notfall
<b>ASA-Klassifizierung:</b> (vor dem Ereignis)	<input type="radio"/> ASA I <input type="radio"/> ASA II <input type="radio"/> ASA III <input type="radio"/> ASA IV <input type="radio"/> ASA V
<b>Patientenzustand:</b> (nur sofern relevant oder interessant)	<input type="text"/>
<b>Wichtige Begleitumstände:</b> (nur sofern relevant oder interessant)	<input type="text"/>
<b>Fallbeschreibung:</b> (Was, Warum, Kofaktoren, Maßnahmen, Effektivität, Verlauf, Epikrise)	<input type="text"/>
<b>Was war besonders gut:</b> (hat zur Abschwächung des Ereignisses oder zur Verhinderung eines Patientenschadens geführt)	<input type="text"/>
<b>Was war besonders ungünstig:</b> (hat zur Verschlimmerung des Ereignisses oder zur Verstärkung des Patientenschadens beigetragen)	<input type="text"/>
<b>Eigener Ratschlag ("take-home-message"):</b> (Welche Maßnahmen könnten ein derartiges Ereignis in Zukunft verhindern, unwahrscheinlicher machen oder dessen Folgen abmildern?)	<input type="text"/>
<b>Wie häufig tritt ein Ereignis dieser Art in Ihrer Abteilung auf:</b>	<input type="radio"/> fast täglich <input type="radio"/> jede Woche <input type="radio"/> jeden Monat <input type="radio"/> mehrmals pro Jahr <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> nur dieses mal
<b>Wer berichtet:</b> (optionale Angabe)	<input type="radio"/> Ärztin / Arzt <input type="radio"/> Pflegekraft <input type="radio"/> andere: <input type="text"/> (z.B. MTA, PTA, Rettungsassistent, Rettungsassistent, Techniker, o.ä.)
<b>Ihre Berufserfahrung:</b>	<input type="radio"/> bis 5 Jahre <input type="radio"/> über 5 Jahre
<input type="button" value="Fall senden"/>	
<b>Bemerkungen zum Berichtssystem:</b> (Benutzen Sie dieses Feld, um uns Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Berichtssystem mitzuteilen)	<input type="text"/>