

**Voorbeeld meldformulier**

*Met dit voorbeeld meldformulier kunt u (bijna)incidenten in uw organisatie melden, u kunt dit formulier naar eigen inzicht aanpassen. Afspraken over de werkwijze over het melden van (bijna) incidenten worden vastgelegd in een protocol veilig melden incidenten.*

**Algemene informatie**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam melder: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum (bijna) incident: |  |

**Gegevens patiënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Geboortedatum: |  |

Geslacht: 

 

**Melding (bijna) incident**

Geef een omschrijving van het incident dat heeft plaatsgevonden.

|  |
| --- |
|  |

Waardoor heeft het incident plaats kunnen vinden?

|  |
| --- |
|  |

Wat was uw rol bij het incident en welke handelingen heeft u verricht?

|  |
| --- |
|  |

Op welke categorieën heeft het incident betrekking?

[ ]  Samenwerking met andere zorgverleners

[ ]  Vakinhoudelijk handelen

[ ]  Vakkennis

[ ]  Communicatie met patiënten

[ ]  Praktijkorganisatie

[ ]  Maatschappelijk handelen

[ ]  Professioneel handelen

Waar vond het incident plaats?



 



 

|  |
| --- |
|  |

Wie waren bij het incident betrokken?

[ ]  Patiënt

[ ]  Behandelaar

[ ]  In opleiding/ stagiair(e)

[ ]  Familielid/ begeleider van betrokkene

[ ]  Doorverwijzer

[ ]  Anders, namelijk:

|  |
| --- |
|  |

Met wie is het incident besproken?

 [ ]  Het is niet besproken

 [ ]  Collega

 [ ]  Management

 [ ]  Patiënt

 [ ]  Vertegenwoordiger van patiënt

 [ ]  Betrokkenen van andere zorginstelling

 [ ]  Anders, namelijk:

|  |
| --- |
|  |

Is er melding van het incident gemaakt in het patiëntendossier?

 

 

Speelde het gebruik van een geneesmiddelen een rol op het incident?



|  |
| --- |
|  |



**Risico (bijna) incident**

Hoe groot is de kans op herhaling van het incident?

|  |
| --- |
|  |

Zijn er maatregelen genomen om herhaling te voorkomen?



|  |
| --- |
|  |



Heeft u aanbevelingen om herhaling van het incident te voorkomen?



|  |
| --- |
|  |



Kunnen andere zorgverleners van dit gemelde incident leren?



|  |
| --- |
|  |

