

- Formular entgegengenommen
- Formular im Auftrag ausgefüllt

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

Sofortmaßnahmen:

Ergebnis (Lösungs-/Umsetzungsvorschlag):

Name

Datum

Unterschrift

Weitergeleitet an:

- | | | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verwaltungsdirektion | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Direktor | <input type="checkbox"/> Pflegedirektion | <input type="checkbox"/> Chefarzt |
| <input type="checkbox"/> Techn. Betriebsleiter | <input type="checkbox"/> HWL/ Küche | <input type="checkbox"/> | |

Maßnahmen:

Name

Funktion

Datum

Unterschrift

1. Antwortschreiben am:

2. Antwortschreiben am: