



## Einsatzdokumentation für die Qualitätssicherung

Einsatzland: \_\_\_\_\_ Einsatzort: \_\_\_\_\_

Einsatzzeit: \_\_\_\_\_ Der wievielte Einsatz vor Ort? \_\_\_\_\_

Teamleiter: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	E-Mail-Adresse	Telefonnummer

Teammitglieder:

Name	Vorname	Funktion	evtl. Bemerkungen*

Anzahl der operierten Patienten: \_\_\_\_\_

Anzahl der Eingriffe: \_\_\_\_\_

Art und Zahl der 3  
häufigsten Eingriffe: \_\_\_\_\_

Komplikationen *	Anzahl:
Komplikationsart	Massnahmen und Resultat
lebensbedrohlich	
Ergebnis gefährdend	
Bagatelle	
Besonderheiten:	
Sonstiges:	

Datum und Unterschrift (für die Richtigkeit): \_\_\_\_\_

\* diese Angaben werden streng vertraulich behandelt!

\*\* hierzu bitte auf einem separaten Blatt eine kurze Stellungnahme des Teamleiters, des Operateurs und des Anästhesisten.

Bitte senden an [florian.jung@interplast-switzerland.ch](mailto:florian.jung@interplast-switzerland.ch) oder per Post an INTERPLAST Switzerland, c/o Dr. Florian Jung, Bodenackerstrasse 20a, 8330 Pfäffikon ZH.