

## Compliance-Beschwerde nach LkSG

Reset

|                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                           |  |
| <b>Datum</b>                                                                                                              |  |
| <b>Kontaktdaten des Beschwerdeführers</b>                                                                                 |  |
| <b>Name</b>                                                                                                               |  |
| <b>Bereich</b><br><b>Funktion</b>                                                                                         |  |
| <b>Telefonnummer</b>                                                                                                      |  |
| <b>E-Mail-Adresse</b>                                                                                                     |  |
| <b>Beschreibung der Beschwerde</b>                                                                                        |  |
| <b>Wann</b> ist es passiert?<br>(Datum, Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit)                                                       |  |
| <b>Wo</b> ist es passiert?<br>(Klinik, Standort, Bereich)                                                                 |  |
| <b>Wer</b> hat gehandelt?<br>(Namen der involvierten Personen)                                                            |  |
| <b>Was</b> ist passiert?<br>(genaue Beschreibung des verdächtigen Vorfalls, der Umstände und der Rahmenbedingungen)       |  |
| <b>Wer hat außer Ihnen das verdächtige Verhalten noch wahrgenommen?</b><br>(Zeugen: Name, Bereich, Tel.-Nr., E-Mail-Adr.) |  |
| <b>Was wurde bereits seitens der UMR unternommen?</b><br>(Darstellung der bisherigen Reaktionen von Seiten der UMR)       |  |
| <b>Weitere Informationen</b><br>(Motivation des Betroffenen, Regelung gegen die der Betroffene verstoßen hat etc.)        |  |
|                                                                                                                           |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Datum, Unterschrift