

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort :

Wache:

Ausgeübte Tätigkeit: (genaue Bezeichnung)

Telefonische Erreichbarkeit (ggf. E-Mail-Adresse)

### Angaben zur Gefährdung / zum belastenden Ereignis (von der/dem Betroffenen auszufüllen)

1. Gefährdungszeitpunkt (Datum, Uhrzeit / von - bis):

2. Gefährdungsort (genaue Bezeichnung):

3. Art der Gefährdung / des belastendes Ereignis:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> angedrohte körperliche Gewalt                      | <input type="checkbox"/> erlittene körperliche Gewalt   | <input type="checkbox"/> persönliche Beleidigung           |
| <input type="checkbox"/> eigenes todesnahes Erlebnis                        | <input type="checkbox"/> beinahe Tod eines Kollegen     | <input type="checkbox"/> eigener Schnitt- oder Stichunfall |
| <input type="checkbox"/> ungeschützter Kontakt mit<br>infektiösem Patienten | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Giftstoffen        | <input type="checkbox"/> Kontakt mit Strahlung             |
|   | <input type="checkbox"/> sexueller Übergriff / Nötigung | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                  |

Nähere Beschreibung (ggf. Rückseite oder zusätzliches Blatt verwenden):