

Kritische Ereignisse

Team	<input type="checkbox"/> Wohnbereich <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich	Involvierte MitarbeiterIn(nen)
Datum		beteiligte KlientInnen
Uhrzeit		
Ort	<input type="checkbox"/> Teambüro <input type="checkbox"/> Zimmer Klientin <input type="checkbox"/> Stube/Klassenzimmer <input type="checkbox"/> Aufenthaltszone/Gang <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> anderswo	Kurzbeschreibung Vorfall
Drohung	<input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> mit Gegenstand <input type="checkbox"/> Waffe <input type="checkbox"/> anderes	
Gewaltanwendung	<input type="checkbox"/> physisch <input type="checkbox"/> mit Gegenstand <input type="checkbox"/> mit Waffe <input type="checkbox"/> anderes	wie? was? welche? was?
Beizug von	<input type="checkbox"/> TeamkollegInnen <input type="checkbox"/> Team-/Schulleitung <input type="checkbox"/> Gesamtleitung <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> NotfallpsychiaterIn <input type="checkbox"/> andere Person	Beschreibung Intervention/Verlauf
Massnahme(n)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gespräch>Sanktion <input type="checkbox"/> Strafanzeige <input type="checkbox"/> Klinikeinweisung <input type="checkbox"/> Ausschluss/Hausverbot	
Reflexion mit	<input type="checkbox"/> Gesamtleiter <input type="checkbox"/> TL/SL <input type="checkbox"/> Team	am: am: am:
Qualität der getroffenen Massnahme aus Sicht der beteiligten Mitarbeitenden	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> nicht befriedigend	Schlussfolgerungen für den Alltag
Information	<input type="checkbox"/> Gesamtleitung <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> zuweisende Instanz	