

**Meldung über besondere Ereignisse während der Konsiliardiensttätigkeit am
Department Innere Medizin**

Datum:

Uhrzeit: von bis

Keine zeitgerechte Versorgung von Konsiliarpatienten möglich wegen primärer Tätigkeit in

Gastroenterologie

.....
.....

Hämatologie

.....
.....

Nephrologie

.....
.....

Anfordernde Klinik:

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Datum,

Name:

ergeht an

- Leiter des Departments Innere Medizin
- Ärztliche Direktion
- Betriebsrat LKI / MUI je nach Anstellung