

Ereignismelder	Grund
Name, Vorname:	<input type="radio"/>  Information <input type="radio"/>  Lob <input type="radio"/>  Beschwerde *
Anschrift:	
Ort, Postleitzahl:	
Telefon / E-Mail:	
Dienststelle / -grad: (nur Einsatzkräfte)	

Der o. g. Grund richtet sich an bzw. gegen:

Wichtiger Hinweis für Einsatzpersonal			
*Eine <u>Beschwerdeführung</u> durch Einsatzkräfte bedarf der vorherigen Freigabe durch die vorgesetzte Dienststelle			
Begründete Freigabe der / des Vorgesetzten			
<input type="checkbox"/> KBM / SBM	<input type="checkbox"/> KBI / SBI	<input type="checkbox"/> KBR / SBR	<input type="checkbox"/> Kreisverwaltungs- Behörde
<input type="checkbox"/> RDH / RS / NotSan	<input type="checkbox"/> WL / KBL	<input type="checkbox"/> KGF / LRD	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Name:	Name:	Name:	Name:
Vermerk:	Vermerk:	Vermerk:	Vermerk:
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:
<input type="checkbox"/> zur Weitergabe frei <input type="checkbox"/> zur Weitergabe <u>nicht</u> frei	<input type="checkbox"/> zur Weitergabe frei <input type="checkbox"/> zur Weitergabe <u>nicht</u> frei	<input type="checkbox"/> zur Weitergabe frei <input type="checkbox"/> zur Weitergabe <u>nicht</u> frei	<input type="checkbox"/> zur Weitergabe frei <input type="checkbox"/> zur Weitergabe <u>nicht</u> frei

WEITER AUF SEITE 2

Nur von der ILS auszufüllen

Ereignisbearbeitung		Referenznummer:	
ILS Oberpfalz-Nord Stabsstelle Qualitätsmanagement Ulrich-Schönberger-Str. 11a 92637 Weiden qm@zrf-oberpfalz-nord.de	Eingang ILS:	Datum:	Zeichen:
	Eingang: <input type="checkbox"/> ZRF <input type="checkbox"/> LeiLei	Datum:	Zeichen:
	Rückmeldung an Beschwerdeführer:	Datum:	Datum:
		Datum:	Datum:

Weitergabe an:		
1		Datum:
2		Datum:
3		Datum:



Sachverhalt	
Falls es sich um eine Beschwerde handelt, richtet sich diese gegen:	
<input type="checkbox"/> Zweckverband <input type="checkbox"/> Integrierte Leitstelle <input type="checkbox"/> Rettungsdienst <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Luftrettung <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> sonstige:	
Ereignisdatum:	Ereigniszeit:
Ereignisort:	Einsatznummer:
(ggf. Anhang beifügen)	
Datum, Unterschrift: _____	
Anlagen: 1.	

Nur von der ILS auszufüllen

Bearbeitungsvermerk	
Relevanz	
<input type="checkbox"/> ZRF <input type="checkbox"/> QM <input type="checkbox"/> luK <input type="checkbox"/> TTB <input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> Dispo <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Tonträger abhören erforderlich	
<input type="checkbox"/> Stellungnahme Mitarbeiter erforderlich	
Relevanz	<div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: #90EE90; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: #FFFF00; border: 1px solid black;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 15px; background-color: #FF0000; border: 1px solid black;"></div> Datum: