

Vorlage Auszug Auditbericht

## **Auszug Auditbericht gemäss Qualitätsvertrag nach Art. 58a KVG**

reguläres Audit nach QV58a

Nachaudit (Tabelle 5)

### **Kontaktangaben Spital**

Name des Spitals	
UID	
Mitgeprüfte Standorte (BUR_Nummer)	
Kontaktperson (Name, Telefon, E-Mail)	

### **Kontaktangaben Prüfstelle**

leitende:r Auditor:in / Assessor:in (Name, Telefon, E-Mail)	
----------------------------------------------------------------	--

#### **1. Beschluss des Spitals oder der Klinik zur Wahl der Prüfstelle**

Der Beschluss des Spitals oder der Klinik zur Wahl der Prüfstelle (z.B. Protokollauszug oder Auftragsbestätigung) wird dem Auszug des Auditberichts als Anhang beigelegt.

#### **2. Datum des Audits**

### 3. Ergebnis des Audits

Bitte bei der Formulierung der Kommentare darauf achten, dass sie für am Audit nicht Anwesende nachvollziehbar sind.

	Kontinuierliche Verbesserung / PDCA (Skala 1-5)	Betriebsdurchdringung (Skala 1-5)	Begründung Prüfstelle	Kommentar des Spitals
<b>QMS</b>		n.a.		
<b>Handlungsfeld Qualitätskultur</b>				
<b>Handlungsfeld Patientensicherheit (ab 22. Mai 2025)</b>				
<b>Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung (ab 22. Mai 2026)</b>				
<b>Handlungsfeld Patientenzentriertheit (ab 22. Mai 2026)</b>				

Stimmen die selbstdeklarierten QVM und der Umsetzungsstand mit den Ergebnissen aus dem Audit überein?

- Ja
- Nein

Welche Angaben sind zu korrigieren?

*Freitext*

#### 4. Auflagen und Fristen

Bitte bei der Formulierung der Auflagen und Kommentare darauf achten, dass sie für am Audit nicht Anwesende nachvollziehbar sind.

Auflage Nr.	QMS / Handlungsfeld	QVM (falls zutreffend)	Auflage	Frist zum Erfüllen	Kommentar des Spitals
1					
2					
3					
4					
5					
...					

#### 5. Nachaudit erforderlich: ja / nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Nach-Audit erfolgt:

auf Papier

vor Ort

**6. Erfüllung oder Nichterfüllung von Auflagen aus vorhergehendem Audit**

Datum vorangehendes Audit	Auflage Nr.	Erfüllt (ja / nein / Fristverlängerung)

Auditor:innen / Assessor:innen

Ort, Datum;

Name, Vorname:

Unterschrift

Kenntnisnahme Spital

Ort, Datum;

Name, Vorname:

Unterschrift

Allfällige Beilagen bitte auflisten: