

Reg.-Nr.: _____

Eingangsdatum: _____

Meldebogen für Risiken und Verstöße gegen das LKSG

Gemeldet wird ein: <input type="checkbox"/> Risiko <input type="checkbox"/> Verstoß	Festgestellt am:
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Folgemeldung *	* die Erstmeldung erfolgte am
Beteiligte Betriebsstätten des KKB: <input type="checkbox"/> direkter Zulieferer <input type="checkbox"/> indirekter Zulieferer	<input type="checkbox"/> St. Josef-Hospital <input type="checkbox"/> St. Elisabeth-Hospital <input type="checkbox"/> Martin-Luther-Krankenhaus <input type="checkbox"/> Marien-Hospital Wattenscheid <input type="checkbox"/> St. Maria-Hilf-Krankenhaus <input type="checkbox"/> Klink Blankenstein <input type="checkbox"/> St. Anna-Stift <input type="checkbox"/> Seniorenstift Maria-Hilf <input type="checkbox"/> Facharztzentrum Josef Carée
Risiko bzw. Verstoß gegen einen Standard unseres Lieferantenkodex:	<input type="checkbox"/> Soziale Verantwortung z.B. faire Arbeitsbedingungen, Arbeitsschutz, Zwangsarbeit <input type="checkbox"/> Ökologische Verantwortung z.B. Schutz der Umwelt, Umgang mit Gefahrstoffen <input type="checkbox"/> Ethische Verantwortung z.B. Fairer Wettbewerb, Datenschutz, Vertraulichkeit
Um welches Produkt, Fabrikat bzw. um welche Dienstleistung handelt es sich?	
Beschreibung des Risikos bzw. Verstoßes:	
Wurden bereits weitere Stellen über den Sachverhalt informiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte hier kurz benennen:

Wurden bereits Maßnahmen ergriffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Falls ja, bitte hier kurz benennen:
weitere Informationen Ihrerseits	

Angaben zum Hinweisgebenden:

Für eventuelle Fragen ist es sehr wichtig, dass Sie Ihre Kontaktdaten (z.B. E-Mailadresse oder Telefonnummer) angeben. Ihre Meldung wird vertraulich und nach der Datenschutzgrundverordnung behandelt. Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen im Falle einer anonymen Meldung keine Informationen über den Verfahrensstand weiterleiten können.

Name, Vorname:	
Telefonnummer und Erreichbarkeit:	
E-Mail und/oder Postadresse:	
Wie stehen Sie in Beziehung zum Katholischen Klinikum Bochum (KKB) <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/-in KKB <input type="checkbox"/> Geschäftspartner/-in <input type="checkbox"/> Patient/-in <input type="checkbox"/> sonstiges	