|  |
| --- |
| **Abweichung** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Audit:Kunde:Sonst: | Bereich / Dienstleistung: | GF / QM-Vermerk: |

|  |
| --- |
| **FESTGESTELLTE ABWEICHUNG:**Nachaudit erforderlich: [ ]  JA [ ]  Nein |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name d. AuditorsName d. MA | Datum | Unterschrift | Name d. AuditpartnersName d. MA | Datum | Unterschrift |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **URSACHENANALYSE:** |

|  |
| --- |
| **KORREKTURMASSNAHMEN / VERBESSERUNGSMASSNAHMEN.**Maßnahmen: Verantwortliche/r Termin |

|  |
| --- |
| **ÜBERWACHUNG DER KORREKTURMASSNAHME / VERBESSERUNGSMASSNAHME:**Nachweis der Durchführung |
| Datum | Name / Unterschrift | [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Nicht anwendbar |
| Nachweis der Wirkung: |
| Datum | Name / Unterschrift | [ ]  Ja [ ]  Nein [ ]  Nicht anwendbar |