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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name d. Auditors  Name d. MA | Datum | Unterschrift | Name d. Auditpartners  Name 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 |