

**Überlastungsanzeige des pflegerischen Funktionsdienstes und
Medizinisch-technischen Dienstes an den Klinikumsvorstand**

Verteiler via Fax:

Sekretariat des Ärztlichen Direktors: 15757 Direktorat Pflegedienst: 290375
 Klinik-/Institutsdirektor: Pflegedienstleitung:
 Personalrat: 15165

Fachbereich:		Station:	Telefon:
Datum:	Schicht / Zeitraum:		Name des anzeigenden Beschäftigten:

Sehr geehrte Damen und Herren des Klinikumsvorstandes,
 dem Bereich stand in o.g. Zeitraum nur folgende Besetzung zur Verfügung:

Personalbesetzung																		
Zeitraum	Besetzung laut Dienstplanung						IST-Besetzung						für qualitätsgerechte Versorgung erforderliche Besetzung ⁾¹					
	F	M	S	N	BD	FZA ₎₂	F	M	S	N	BD	FZA ₎₂	F	M	S	N	BD	FZA ₎₂
Bereichsleitung																		
Fachkräfte (FK)																		
einzuarb. FK																		
Hospitanten in Fach-Weiterbild.																		
Schüler/innen, Auszubildende																		
Sonstige																		

Die reduzierte Mitarbeiterzahl bzw. die hohe Arbeitsbelastung entstand unter anderem durch:
 (Bitte soweit möglich jeweils Anzahl angeben)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ungeplante Personalausfälle, Krankheit | <input type="checkbox"/> Langzeiterkrankung ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stellen | <input type="checkbox"/> MuSchG ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> Urlaub von Beschäftigten | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachweiterbildungen o.ä. |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe
(stichwortartig) | _____ |

⁾¹ bitte versuchen Sie in diesen Spalten, eine aus Ihrer Sicht so objektiv wie mögliche Besetzung für den Dienst anzugeben, die eine Überlastung vermieden hätte.

⁾² Freizeitausgleich nach Dienst (BD oder RD) zur Einhaltung der Vorschriften des ArbZG

Fachbereich:		Telefon:
Datum:	Zeitraum	Name des anzeigenden Beschäftigten:

Die akute Überlastungssituation führt unter anderem zu:

**Einschränkung
Pflegetätigkeit**

(bitte stichwortartig
konkretisieren)

**Gesundheitliche
Gefährdung der
Patienten**

(bitte stichwortartig
konkretisieren und
Handlungskette
ausfüllen)

**Gesundheitliche
Belastung der
Mitarbeiter**

(bitte stichwortartig
konkretisieren)

Verstoß gegen Arbeitszeitgesetz (soweit bekannt)			
Keine Pause		Höchstarbeitszeit von 10h überschritten	
Mindestruhezeit von 10h zwischen zwei Diensten unterschritten		andere	

Ein Personalausgleich von anderen Stationen / Funktionsbereichen war

möglich nicht möglich nicht ausreichend qualifiziert möglich.

Die Handlungskette wurde eingeleitet

ja nein nicht möglich.

Folgende Maßnahmen wurden ergriffen:

Mit dieser Anzeige weisen wir / ich Sie darauf hin, dass wir uns aufgrund der oben erläuterten Situation nicht mehr in der Lage sehen, alle notwendigen Aufgaben qualitätsgerecht sicherzustellen. Für die überlastungsbedingt eintretenden Konsequenzen und Gefährdungssituationen können wir keine Verantwortung übernehmen.

Wir bitten darum, umgehend Maßnahmen zur Entlastung zu ergreifen.

Für die Richtigkeit

_____ Datum

_____ Name und Unterschrift des anzeigenden Beschäftigten