

Gefährdungsanzeige / Überlastungsanzeige

(für Bereiche, in denen mit und an Patientinnen und Patienten gearbeitet wird)

Absender (Bereich): _____

Datum _____

(Stempel)

Geschäftsführung/Direktorium _____

Fax _____

nachrichtlich:

1. Leitungsebene darunter _____

Fax _____

2. Direkte/r Vorgesetzte/r Herr/Frau _____

Fax _____

3. NPR _____

Fax _____

4. Betriebsarzt _____

Fax _____

5. Fachkraft für Arbeitssicherheit _____

Fax _____

Im Rahmen der ordnungsgemäßen Abwicklung der Aufgaben unseres Bereiches und der damit verbundenen Versorgung und Betreuung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten ist es

am _____ in der Zeit von _____ bis _____
Uhr zu einer erheblichen Arbeitsüberlastung gekommen.

Diese wurde verursacht durch:

unzureichende personelle Besetzung

Personalausfall

erhöhten Arbeitsanfall

akute Notfälle

Information über die Situation an die/den direkte/n Vorgesetzte/n Frau/Herrn _____

erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Mit diesem Schreiben möchte/n ich/wir auf die entstandene Situation aufmerksam machen und weise/n darauf hin, dass ich/wir im Falle derartiger Überlastungen Fehler bei der Erbringung meiner/unserer Arbeitsleistungen nicht ausschließen kann/können. Es ist auch nicht auszuschließen, dass es dadurch zu Gefährdungen von Patient/innen kommen könnte.

Daher lehne/n ich/wir die Verantwortung für mögliche auftretende Schadensersatzforderungen ausdrücklich ab. Auch werde/n ich/wir etwaige Rügen unserer Arbeitsleistung in jeder Form zurückweisen. Aus den o. g. Gründen war es insbesondere nicht möglich:

die Pausenzeiten einzuhalten/die Pause zu nehmen

die Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG einzuhalten

die anfallenden Arbeiten termingerecht zu erledigen

die erforderliche Qualität der Arbeitsleistung sicherzustellen

wichtige administrative Tätigkeiten zeitnah auszuführen

(wie z.B. Annahme von Telefonaten, Terminvergaben, Dokumentation)

Kolleg/innen einzuarbeiten/auszubilden

Reinigungen und Desinfektionen entsprechend dem Hygieneplan durchzuführen
