

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

Verteiler via Fax:

Sekretariat des Ärztlichen Direktors: 15757

Personalrat: 15165

Klinik-/Institutsdirektor:

PDL:

Fachbereich:		Telefon:
Datum:	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																		
Fachhilfskräfte																		
Schüler/innen, Auszubildende																		
Hilfskräfte ohne fachspezifische Ausbildung																		
Servicekräfte (z.B. FSJ, BFD, stud. Hilfskräfte <u>ohne</u> med. Kenntnisse, Rettungsassist.)																		
Hospitanten in Fach-Weiterbild.																		
Hospitanten od. stud. Hilfskräfte <u>mit</u> med. Kenntnissen																		

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 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 von Beschäftigten, ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> erhöhten ungeplanten Arbeitsanfall, | <input type="checkbox"/> gesetzliche Vorschriften des MuSchG, ohne Personalersatz |
| <input type="checkbox"/> akute Not- bzw. Störfälle, | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Fachweiterbildungen o.ä., |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stellen, | <input type="checkbox"/> Urlaub von Beschäftigten, |
| <input type="checkbox"/> andere Gründe
(stichwortartig) | |
-
-
-
-

Ein Personalausgleich von anderen Arbeitsbereichen war

- möglich nicht möglich nicht ausreichend qualifiziert möglich.

Die akute Überlastungssituation führt unter anderem zu:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einschränkungen in der Qualität, | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gefährdungen der Patienten, |
| <input type="checkbox"/> Einschränkungen in der Dokumentation, | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter, |
| <input type="checkbox"/> Verlängerung von Wartezeiten, | <input type="checkbox"/> Verletzung des Arbeitszeitgesetzes, |
| <input type="checkbox"/> Störungen im Betriebsablauf, | <input type="checkbox"/> Verletzung von Dienstvereinbarungen, |
| <input type="checkbox"/> weitere Folgen
(stichwortartig) | |
-
-
-
-

Mit dieser Anzeige weisen wir 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 Sicherstellung der Qualität zu ergreifen.

Die Information der PDL bzw. der ltd. MTA erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Die direkte Information des diensthabenden Arztes erfolgte am _____ um _____ Uhr.

Für die Richtigkeit _____
Datum Name und Unterschrift des anzeigenden Beschäftigten