

Überlastungsanzeige des pflegerischen Funktionsdienstes der ZNA an den Klinikumsvorstand		
<u>Verteiler via Fax:</u>		
Sekretariat des Ärztlichen Direktors:	15757	Klinikdirektor:
Personalrat:	15165	Pflegedienstleitung:
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	FZA) ²	F	M	S	N	RB aktiv	FZA) ²	F	M	S	N	FZA) ²
Bereichsleitung																
Fachkräfte (FK)																
Einzuarb. FK																
Anmeldung																
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"/> Einsatz Pflegekräfte in Anmeldung | <input type="checkbox"/> Isolationen |
| <input type="checkbox"/> Schockräume belegt | <input type="checkbox"/> Schockräume langzeitbesetzt, weil keine Verlegung möglich |
| <input type="checkbox"/> Kinderschockraum belegt | |
| <input type="checkbox"/> Übernahme v. Patienten aus vorherigem | <input type="checkbox"/> FD |
| | <input type="checkbox"/> SD |
| | <input type="checkbox"/> ND |

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
Pflegerqualität**

(bitte stichwortartig
konkretisieren)

**Gesundheitliche
Gefährdung der
Patienten**

(bitte stichwortartig
konkretisieren)

**Gesundheitliche
Belastung der
Mitarbeiter**

(bitte stichwortartig
konkretisieren)

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

Die Aktivierung des außerordentlichen Notfall-Rufbereitschaftsdienstes

ist erfolgt war nicht notwendig o. verhältnismäßig war nicht möglich.

Ein Personalausgleich aus der Tagesklinik

ist erfolgt war nicht möglich war nicht ausreichend qualifiziert 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