

Überlastungsanzeige

Name/n _____

An _____

Pflegebereich/Station: _____

Leistungseinschränkungen in der Pflege von Patientinnen und Patienten/Bewohnerinnen und Bewohnern aufgrund einer andauernden Überlastungssituation

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

hiermit möchte/n ich/wir Sie darauf aufmerksam machen, dass ich/wir mich/uns aufgrund der nachfolgend geschilderten Umstände nicht in der Lage sehe/n, alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß und im Interesse der von mir/uns betreuten Patientinnen und Patienten/Bewohnerinnen und Bewohnern durchzuführen.

Im Einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar:

Eine mündliche Rücksprache über die Umstände ist bereits am Datum _____ erfolgt.

Trotz bestmöglichen Bemühens kann ich/können wir eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten/Bewohnerinnen und Bewohnern nicht mehr gewährleisten, insbesondere in den folgenden Bereichen:

Mit dieser Anzeige weise/n ich/wir Sie darauf hin, dass ich/wir uns aufgrund der oben erläuterten Situation nicht mehr in der Lage sehe/n, alle notwendigen Aufgaben entsprechend unseren Qualitätsanforderungen und Verantwortungen durchzuführen. Zur Abgabe einer solchen Anzeige bin ich / sind wir entsprechend § 15 ff Arbeitsschutzgesetz verpflichtet. Ich/Wir bitte/n Sie hiermit deshalb, Maßnahmen zu ergreifen, um Abhilfe zu schaffen. Ich/Wir bitte/n Sie zudem, die Abgabe dieser Anzeige meiner/unseren Personalakte/n hinzuzufügen.

Ich/wir weise/n darauf hin, dass ich/wir im Falle derartiger Überlastung Fehler bei der Erbringung meiner Arbeitsleistung nicht ausschließen kann/können. Eventuelle dienstliche Sanktionen oder Ansprüche Dritter weise/n ich/wir vorsorglich zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Ort _____

Datum _____