



Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

Universitätsmedizin Rostock
GB Personal
Doberaner Str. 143 18057
Rostock

Gefährdungsanzeige (Überlastungsanzeige)

Anzeigende/r

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Telefon: _____

Tätigkeit: _____

Rostock, _____

Zur weiteren Kenntnis an:

- Fachvorgesetzte/r Personalrat ggf. Gleichstellungsbeauftragte ggf. Schwerbehindertenvertretung

Nachrichtlich in Kopie an:

- Fachkraft für Arbeitssicherheit Leiter der Einrichtung

Sehr geehrte/r Frau/Herr

hiermit zeige ich eine Arbeitsüberlastung in meiner Tätigkeit an.

Mit dieser Gefährdungsanzeige komme ich meiner Anzeigepflicht nach. Ich führe Gründe an, die mögliche negative Folgen für mich und mein Arbeitsumfeld haben.

Ich weise darauf hin, dass der ständige Arbeitsdruck und die zunehmende Arbeitsverdichtung zur Erhöhung der Fehlerquoten in meiner Tätigkeit führen können, welches von mir nicht zu verantworten ist.

Sowohl eventuelle Ansprüche auf Regress von Seiten Dritter als auch arbeitsrechtliche Sanktionsmaßnahmen weise ich vorsorglich zurück.

Gründe für Überlastung:

- ungeplanter Personalausfall
- unbesetzte Stellen in der Abteilung
- räumliche Bedingungen (Arbeitsplatz)
- zeitliche Belastung (unter Berücksichtigung meiner Teilzeitbeschäftigung im Umfang von/.....Stunden)
- neue Arbeitsaufgaben (keine Einarbeitung / Weiterbildungsmöglichkeiten)
- Organisation, Einsatz
- Urlaub von Personal
- Erhöhter Arbeitsanfall/Mehrarbeit
- Ausstattung
- Sonstige

aus den oben genannten Gründen ergibt sich Folgendes:

- keine Gewährung von Pausen
- Anfall von Überstunden/Mehrarbeit
- Überschreitung der zulässigen Arbeitszeit
- Nichteinhaltung von Ruhezeiten
- Sonstiges
- Arbeiten sind nicht termingerecht zu erledigen
- Einschränkung, Mitarbeiter einzuarbeiten / auszubilden
- verminderte Qualität der Arbeitsleistung / Patientenversorgung

Schilderung der Situation:

nähere Erläuterungen: _____

(bei Bedarf gesondertes Blatt verwenden)

mögliche dienstliche Folgen: _____

(bei Bedarf gesondertes Blatt verwenden)

mögliche persönliche Folgen: _____

(bei Bedarf gesondertes Blatt verwenden)

Ich bitte um Abstellung dieser Situation, um eine Arbeitsentlastung herbeizuführen, die es mir erlaubt, meine Arbeitsaufgaben voll zu erfüllen.

Zu einem Dienstgespräch über die derzeitige Situation bin ich gern bereit (bei Anwesenheit des Personalrates und ggf. der Gleichstellungsbeauftragten bzw. des Schwerbehindertenvertreters).

Empfangsbestätigung:

(Unterschrift Beschäftigte/r)

(Datum, Unterschrift GB Personal)

Vermerk über Abhilfe / Nichtabhilfe:

(Datum / Name)

(Unterschrift)