

## Überlastungs/ Gefährdungsanzeige

von  
Frau/Herr/Arbeitsgruppe \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Objekt/Haus \_\_\_\_\_

direkte Vorgesetzte/Vorarbeiterin \_\_\_\_\_

Objektleiterin \_\_\_\_\_

Fachkraft für Arbeitssicherheit

Betriebsarzt \_\_\_\_\_

Geschäftsleitung Herr Reisch

Betriebsrat Klinik Service GmbH

Gründe für die angezeigte Überlastung/Gefährdung (bitte ankreuzen und/oder ergänzen):

- Ungeplanter Personalausfall
- Falsche Planung
- Nicht besetzte Stellen
- Mehrarbeit – Arbeitsüberlastung
- Mangelhafte bzw. nicht erfolgte Einarbeitung
- Unzureichende, nicht vorhandene oder mangelhafte Arbeitsmittel

Die Situation stellt sich wie folgt dar (kurze Beschreibung des Ist – Zustandes):

---

---

---

---

---

---

---

---

Wegen dieses Zustandes habe/n ich/wir folgende Probleme:

- Einarbeitung/en können nicht mehr vorschrittmäßig und gründlich stattfinden.
- Pausenzeiten können nicht eingehalten werden.
- Arbeitszeiten können nicht eingehalten werden.
- Reinigungsarbeiten können nicht mehr hygienisch einwandfrei durchgeführt werden.
- Dokumentations- und administrative Arbeiten können nicht mehr sorgfältig durchgeführt werden.
- Starke psychische oder physische Belastungen wegen anhaltender Mehrarbeit.
- Arbeitsmaterial nicht oder nicht in ausreichender Menge vorhanden.
- Urlaubs- oder Dienstplanung muß oft geändert werden.

Andere Probleme (kurze Beschreibung):

---

---

---

---

---

---

Ich/wir weise/n darauf hin, dass ich/wir im Falle derartiger Gefährdungen Fehler bei der Erbringung unserer Arbeitsleistung nicht ausschließen können.

Da die Gefährdung/Überlastung auf einer mangelnden Organisation der Abteilung beruht, können wir die Verantwortung für auftretende Fehler im Rahmen unserer Arbeitsleistung nicht übernehmen. Dies gilt insbesondere für auftretende Schadensersatzansprüche.

Diese Anzeige verbinde/n wir/ich mit folgenden Lösungsmöglichkeiten:

- Schnellstmögliche Besetzung der freien Stellen.
- Schulung der Vorgesetzten um falsche Planung zu vermeiden.
- Bereitstellung geeigneter Arbeitsmittel.
- Neu - bzw. Umverteilung der Arbeitsmenge.

Andere Lösungsvorschläge:

---

---

---

---

---

---

Ich/wir bitten, die angezeigten Gefährdungen/Überlastungen abzustellen.

---

Unterschrift/en

Ort, Datum

nachrichtlich: Betriebsrat Klinik Service GmbH, Im Neuenheimer Feld 154, 69120 Heidelberg