

Überlastungsanzeige

An (unmittelbare/r Vorgesetzte/r),

· vorab persönlich an

· vorab per Telefon an

· Fax

· E-Mail

(Datum, Uhrzeit)

durch (Name oder Namen, wenn mehrere Beschäftigte gemeinsam die Anzeige schreiben)
..... informiert.

Zur Kenntnis an:

· Personalrat

· Schwerbehindertenvertretung

· Jugend- und Auszubildendenvertretung

· Amtsleitung

· Betriebsarzt/-ärztin

· Fachkraft für Arbeitssicherheit

In meinem/unserem Arbeitsbereich (bitte genau bezeichnen) ist zu befürchten,
dass am um bzw. in der Zeit von bis

· zu einer erheblichen Belastung/Gefahr für die Gesundheit von Beschäftigten kommen wird.

· Schäden am Eigentum des Arbeitgebers oder am Eigentum von Dritten (Bürger/-innen,
Patient-innen)

eintreten werden.

· die zu erledigenden Aufgaben in der regulären Arbeitszeit nicht im erforderlichen Umfang
und

Qualität

erledigt werden können.

Diese wurde/wird nach meiner/unserer Einschätzung verursacht durch:

Personalausfall erhöhten ungeplanten Arbeitsanfall

Zunahme der Arbeitsfülle keine Vertretungsregelungen

Nichteinhaltung von Pausenzeiten unklare Arbeitsabläufe

unbesetzte Stellen akute Notfälle

Verlängerung der geplanten Arbeitszeit nicht ausreichende Qualifikation

unzureichende Schutzausrüstung und Hygienestandards

.....
.....

Beschreibung der konkreten Situation:

.....
.....

Ich/Wir schlage/n folgende Maßnahmen zum insbesondere Gesundheitsschutz des/der
Beschäftigten

vor:

Ich/Wir bitte/n um Hilfestellung in folgender Weise:

.....

Ich bitte/wir bitten um Anweisung, wie ich/wir auf die Situation reagieren soll/sollen.

Unterbleibt ein

solcher Hinweis, werde ich/werden wir nach bestem Wissen und Gewissen selbst entscheiden
müssen,

welche Tätigkeiten vorrangig auszuführen sind und ob zum Beispiel die Arbeitszeit entsprechend im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften der Auftragserfüllung angepasst werden muss. Mit dieser Anzeige komme ich/kommen wir der Pflicht, auf erhebliche Gefahren hinzuweisen und dem Arbeitgeber bzw. die Dienststelle vor Schäden zu bewahren, nach.

Empfangsbestätigung:

Unterschrift(en) Beschäftigte/r Unterschrift Vorgesetzte/r

Vermerk über eine mögliche schnelle Abhilfe oder Nichtabhilfe durch den/die Vorgesetzte:

.....
.....

Datum:

Name: Unterschrift: