

Überlastungs-/Gefährdungsanzeige

Abteilung/Station/Funktionsbereich _____

An die Geschäftsführung der _____ (Trägername)

An die Einrichtungsleitung _____ (Name)

Zur Kenntnis an:

Mitarbeitervertretung

und Betriebsarzt

und Sicherheitsbeauftragter

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben komme ich meiner Treuepflicht nach, und weise Sie gemäß § 3 ArbSchG sowie §§ 15 bis 17 ArbSchG und im Wege der vertrauensvollen Zusammenarbeit darauf hin, dass ich mich trotz größter Anstrengung auf Grund der unten genannten Gründe nicht in der Lage sehe, alle notwendigen Aufgaben ordnungsgemäß und sicher durchzuführen. In der Abteilung _____ ist es am _____ um _____ zu einer erheblichen Arbeitsüberlastung gekommen.

Diese wurde verursacht durch

- ungeplanten Personalausfall
- Urlaub von Personal
- unbesetzte Stellen in der Abteilung
- einen akuten Notfall
- erhöhten Arbeitsanfall
- Nichteinhaltung der Pausenzeiten
- Nichteinhaltung der Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG
- Unterlassene Anpassungsfortbildung
- Technische Gründe

Im Einzelnen stellt sich die Situation wie folgt dar:

Folgende Maßnahmen zur Entlastung wurden bereits durchgeführt:

Ich weise darauf hin, dass ich im Falle derartiger Überlastung Fehler bei der Erbringung meiner Arbeitsleistung nicht ausschließen kann, Ich weise weiter auf den möglichen Eintritt auf Schäden insbesondere in folgenden Bereichen hin.

Meines Erachtens kann dem Mangel abgeholfen werden durch (freiwillige Angabe)

Ich weise darauf hin, dass ich im Falle derartiger Überlastung Fehler bei der Erbringung meiner Arbeitsleistung nicht ausschließen kann, Ich weise weiter auf den möglichen Eintritt auf Schäden insbesondere in folgenden Bereichen hin:

Ich erkläre hiermit, dass ich im Rahmen meiner vertraglichen Arbeitszeit meinen beruflichen Aufgaben mit der gebotenen Gründlichkeit und Sorgfalt nachkommen werde. Ich weise darauf hin, dass ich für eventuell eintretende Folgen im Rahmen der oben genannten Gefährdungssituation keine persönliche Verantwortung übernehme. Dies gilt insbesondere für auftretende Schadenersatzforderungen (haftungsbefreiende Wirkung der Überlastungs-/Gefährdungsanzeige). Ich bitte Sie, entsprechende Maßnahmen nach § 17 ArbSchG - insbesondere Absatz 2 - einzuleiten und mir den Eingang zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen _____

Ort, Datum Name

Meine Ausführungen werden bestätigt von
