**Überlastung-/Gefährdungsanzeige an:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dienstweg:**   |  |  | | --- | --- | | Direkter Vorgesetzter: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Tel.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Postfach: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Organisationseinheit: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **bei besonderen Gründen vom Dienstweg abweichend:**  Prof. Dr. Stefan Wehner  Präsident  Universität Koblenz  Die/der direkte Vorgesetzte wurde bereits über die Situation informiert am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. mittels:  Gespräch  E-Mail  Telefonat  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.  (zutreffend bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich) |

Sehr geehrte Empfängerin,

sehr geehrter Empfänger,

die nachfolgend beschriebene Überlastung/Gefährdung in meiner Tätigkeit zeige ich Ihnen an, um negative Folgen für die Dienststelle und mein Arbeits-/Dienstverhältnis zu vermeiden. Ich weise nachdrücklich darauf hin, dass mögliche Fehler oder Mängel in meiner Tätigkeit aus den unten geschilderten Überlastungen / Gefährdungen resultieren. Ich kann die Verantwortung für eventuell auftretende Fehler im Rahmen meiner Arbeitsleistung nicht übernehmen. Dies gilt insbesondere für eventuelle Schadensersatzansprüche Dritter. Arbeits- oder dienstrechtliche Sanktionsmaßnahmen (Abmahnungen, etc.) weise ich vorsorglich zurück.

**Anzeigensteller:**

|  |  |
| --- | --- |
| Eingereicht von: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Am: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Tel.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postfach: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Organisationseinheit: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ausgeübte Tätigkeit/ Dienstposten: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

es ist am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

im Zeitraum von Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. bis Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

(zutreffend bitte ankreuzen/ausfüllen)

zu einer erheblichen

Arbeitsüberlastung und/oder

Gefährdung gekommen.

(zutreffend bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)

Diese wird/wurde verursacht durch:

Personalausfall (z.B. Krankheit)

Urlaub von Beschäftigten

Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen

Unbesetzte Stellen in der Organisationseinheit

Akute Not-/Störfälle

Nichteinhalten der Pausenzeiten

Nichteinhalten der Arbeitszeiten gemäß § 3 ArbZG

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

(zutreffend bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)

Im Einzelnen stellt sich die Situation folgendermaßen dar:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Aus diesem Grund war es mir nicht möglich,

die anfallenden Arbeiten termingerecht zu erledigen.

die erforderliche Qualität meiner Arbeitsleistung sicherzustellen.

Sicherheit und Gesundheit für mich / andere Personen sicherzustellen, die von meinen Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.

(zutreffend bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)

Dies betrifft folgende Tätigkeiten:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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 von Schäden insbesondere in folgenden Bereichen hin:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ich schlage folgende Maßnahmen vor:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ich bitte um Hilfestellung in folgender Weise:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ich bitte um Anweisung, wie ich auf die Situation reagieren soll. Unterbleibt ein solcher Hinweis, werde ich nach bestem Wissen und Gewissen selbst entscheiden müssen, welche Tätigkeiten vorrangig auszuführen sind.

Ich bitte um Zuweisung einer anderen Tätigkeit entsprechend meines Arbeitsvertrages/Dienstverhältnisses, z.B. im Bereich Klicken Sie hier, um Text einzugeben..

(zutreffend bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)

Mit dieser Anzeige komme ich der Pflicht, auf erhebliche Gefahren hinzuweisen, nach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum und Unterschrift Beschäftigte(r) |  | Datum und Unterschrift zur  Eingangsbestätigung durch  den Empfänger |

**Maßnahmenplanung:**

(Bitte bis zwei Wochen nach Eingang der Anzeige in Absprache mit der/dem Anzeigenden die geplanten Maßnahmen zur Beseitigung der Überlastung/Gefährdung notieren.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Was** | **Wer** | **Bis wann** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum und Unterschrift Beschäftigte(r) |  | Datum und Unterschrift  Vorgesetzte(r) |

**Vermerk über Abhilfe/Nichtabhilfe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum und Unterschrift Beschäftigte(r) |  | Datum und Unterschrift  Vorgesetzte(r) |

**Wirksamkeitskontrolle:**

(Gespräch zwischen Beschäftigtem und Vorgesetztem ca. 6 Monate nach Anzeigeneingang und Maßnahmenplanung.)

Überlastung/Gefährdung beseitigt

Überlastung/Gefährdung nicht beseitigt, Gesprächstermin mit nächstem Vorgesetzten wird vereinbart.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum und Unterschrift Beschäftigte(r) |  | Datum und Unterschrift  Vorgesetzte(r) |

Kopie an:

* Präsident
* Personalabteilung
* Sachbearbeitung Arbeitsschutz
* Personalrat