

PFLEGE ÜBERLASTUNGSANZEIGE

Pflegeeinrichtung / Arbeitgeber : _____

Anschrift : _____

Telefon : _____

Angaben zur überlasteten Pflegekraft :

Vor- und Nachname : _____

Funktion / Stelle : _____

Dienstbeginn (Uhrzeit) : _____

Dienstende (Uhrzeit) : _____

Datum und Schicht der Überlastung :

Datum : _____ Schicht (Früh / Spät / Nacht) : _____

Beschreibung der Überlastungssituation :

Bitte schildern Sie ausführlich die Umstände, die zur Überlastung geführt haben. Geben Sie an, welche Aufgaben oder Situationen die Überlastung verursacht haben, welche Ressourcen gefehlt haben und welche Auswirkungen dies auf die Pflegequalität hatte.

Konkrete Belastungsfaktoren (bitte ankreuzen):

- Personalmangel
- Unvorhergesehene Krankheitsfälle
- Zeitdruck / Überstunden
- Fehlende Hilfsmittel oder Ausrüstung
- Erhöhte Pflegebedürftigkeit der Bewohner
- Organisatorische Probleme
- Sonstiges: _____

Unterschrift Pflegekraft : _____

Datum : _____ Unterschrift Leitung : _____

Unterschrift Pflegekraft

Unterschrift Leitung

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://schnellmuster.com/pflege-uberlastungsanzeige-formular-zum-ausdrucken/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://schnellmuster.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.