

Gefährdungsanzeige

(für den Pflegedienst)

Absender (Bereich/Station): _____

Datum _____

(Stempel)

An die Pflegedienstleitung Frau/Herr _____

Fax _____

nachrichtlich (mit Bitte um Archivierung dieser Erklärung):

1. Personalabteilung _____

Fax _____

2. Mitarbeitervertretung _____

Fax _____

Am _____ in der Früh- Spät- Nachtschicht

Waren _____ Bewohner/innen zu betreuen; davon:

_____ Bewohner/innen absolut pflegebedürftig (z.B. Pflegestufe 3)

_____ Bewohner/innen bedingt pflegebedürftig (z.B. Pflegestufe 2)

_____ Bewohner /innen intensiv zu überwachen (umfangreiche Infusionstherapie, häufige Kontrolle von Vitalfunktionen)

_____ Bewohner/innen zu überwachen (z.B. dement)

_____ Bewohnerinnen isoliert (z.B. Norovirus, Umkehrisolation)

Weitere Situationsbeschreibung:

Es wurden

____ Bewohner aufgenommen.

____ Bewohner verlegt.

____ Bewohner entlassen.

____ Bewohner Aufnahmen.

Die Gefährdungssituation ist entstanden durch

unbesetzte Stellen

ungeplanten Personalausfall

Überbelegung der Station

erhöhten Arbeitsanfall

andere Gründe: _____

Folgende Tätigkeiten konnten aufgrund der beschriebenen Situation nicht durchgeführt werden:

- Grundpflege
- Mobilisation
- Lagerung
- Vitalzeichenkontrolle
- Medikamente geben
- Verbandswechsel
- Anleitung von Auszubildenden
- Übergabe an die folgende Schicht
- Weitere Tätigkeiten: _____

Die Schichtbesetzung setzte sich wie folgt zusammen:

_____ examinierte eingearbeitete Krankenschwestern/-pfleger

_____ examinierte einzuarbeitende Krankenschwestern/-pfleger

_____ Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferinnen

Auszubildende in den Ausbildungsjahren 1: _____, 2: _____ 3: _____

_____ Aushilfen, _____ Praktikant/innen, _____ Leiharbeiter/innen

Eingeleitete Maßnahmen:

Telefonische Information, Fax, Gespräch am _____ um _____

Pflegedienstleitung Abteilungsleitung Herr/Frau _____

Wohnbereichsleitung Herr/Frau _____

Reaktion der benachrichtigten Person/en, bzw. von ihr/ihnen eingeleitete Maßnahmen:

Ich/wir fordere/n Sie hiermit auf, umgehend Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität, der Pflege und Betreuung der Bewohner/innen durch z.B. eine erweiterte Personalbesetzung zu ergreifen. Des Weiteren bitte/n ich/wir um eine Entscheidung darüber, welche Aufgaben mit welcher Priorität zu erfüllen sind, welche Einschränkungen in Qualität und Standard vorgenommen werden und welche Aufgaben unmittelbar nicht erledigt werden sollen. Ich/wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass unter den gegebenen Umständen die Pflege, Versorgung und Überwachung der Bewohner/innen von meiner/unsere Seite nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann.

Ich/wir versichere/n, dass das vorhandene Pflegepersonal trotzdem alles tun wird, um eine bestmögliche Versorgung der Bewohner/innen sicherzustellen und Schäden von ihnen abzuwenden. Die/der Auszubildende verrichtet heute im Wesentlichen Tätigkeiten, die sie/er bereits selbstständig beherrscht.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift(en)