

Anhang zur Gefahrenanzeige

Überlastungs-/Entlastungsanzeige

Im Kreißsaal kam es am _____ von _____ Uhr bis _____ Uhr zu einer gefährlichen Situation durch Arbeitsüberlastung. Die Arbeitsüberlastung wurde verursacht durch:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> erhöhten Arbeitsanfall | <input type="checkbox"/> einen akuten Notfall | |
| <input type="checkbox"/> unbesetzte Stellen im Kreißsaal | <input type="checkbox"/> ungeplanten Personalausfall | <input type="checkbox"/> Urlaub von Personal |
| <input type="checkbox"/> Nichteinhaltung der Pausenzeiten | <input type="checkbox"/> Nichteinhaltung der Arbeitszeiten gem. § 3 ArbZG | |

Während diesem Zeitraum sind folgende Aufgaben angefallen:

Es waren gleichzeitig zu betreuen:

- Anzahl _____ Ambulante Kontrolle/n
- Anzahl _____ Stationäre Aufnahme/n
- Anzahl _____ stationäre CTG/s
- Anzahl _____ Einleitung/en
- Anzahl _____ Geburtsbegleitungen
- Anzahl _____ Spontangeburt/en
- Anzahl _____ Vaginal-operative Geburt/en
- Anzahl _____ Primäre Sectio/nes
- Anzahl _____ Sekundäre Sectio/nes
- Anzahl _____ postpartale Überwachung/en
- Anzahl _____ postoperative Überwachung/en

Zeitintensive Betreuungen z.B. HELLP-Syndrom, manuelle Plazentalösung (bitte nachfolgend auflühren)

- Anzahl _____
- Anzahl _____
- Anzahl _____

Zeitintensive kindliche Überwachungen

z.B. BZ-Kontrollen, Frühgeburten, Reanimation, Astrupkontrollen

- Anzahl _____
- Anzahl _____
- Anzahl _____

Die genauen Daten sind dem Geburtenbuch, den Stationskurven und den _____ zu entnehmen.

Wegen der oben genannten angefallenen Arbeiten konnten folgende Arbeiten nicht ausgeführt werden:
z.B. Hebamme konnte nicht mit zur Sectio bei Frau X; z.B. Laufendes CTG bei Frau Y konnte nicht zeitnah überwacht werden; Schülerinnenanleitung/Sprechstunde konnte nicht stattfinden.

Folgende organisatorische Mängel zeigten sich:

- fehlendes oder defektes CTG-Gerät nicht ausreichende Räumlichkeiten
- Putz- und Auffüllarbeiten
- _____

Folgende Schritte wurden zur Entlastung unternommen:

- Hebamme des Vordienstes _____ Stunden länger geblieben
- Hebamme von anderer Station eingesetzt
- Zusätzliche Hebamme von _____ bis _____ in den Dienst geholt
- Bereitschaftsdiensthebamme gerufen/gekommen
- Oberarzt/Facharzt/Chefarzt informiert/gerufen/gekommen
- PDL informiert/gerufen/gekommen
- Leitende Hebamme informiert/gerufen/gekommen

**Ich/wir werde/n meine/unsere Arbeit weiterhin mit größtmöglicher Sorgfalt erledigen.
Ich/wir mache/n jedoch darauf aufmerksam, dass die oben genannten Arbeiten aufgrund
der beschriebenen Tatsachen nicht oder nur teilweise erledigt werden konnten und demnach
die Versorgung der Frauen nicht in vollem Umfang erfolgen konnte.**

Für den oben genannten Zeitraum waren folgende Hebammen anwesend:

Name _____ Unterschrift _____

Name _____ Unterschrift _____

Name _____ Unterschrift _____