

ÜBERLASTUNGSANZEIGE

An (Dienststellenleitung / zuständige
Führungskraft: _____

Von: _____

Arbeitsbereich / Dienststelle: _____

Datum: _____

1. Anlass / Betreff

Hiermit zeige ich eine bestehende bzw. absehbare Überlastung bei der Erfüllung meiner dienstlichen Aufgaben an.

Betreff / kurze Bezeichnung: _____

2. Ursache der Überlastung

- ☐ Erhöhtes Arbeitsaufkommen ☐ Personelle Unterbesetzung ☐ Krankheitsbedingte Ausfälle
☐ Unbesetzte Stelle(n) ☐ Zusätzliche Aufgaben ☐ Kurzfristige Aufgaben / Termine
☐ Fehlende Vertretung ☐ Organisatorische Mängel ☐ Technischer / sonstiger Mehraufwand
☐ Sonstiger Grund: _____

3. Konkrete Situation / betroffene Aufgaben

4. Zeitraum / Häufigkeit

☐ Einmalig ☐ Wiederkehrend ☐ Dauerhaft ☐ Seit: _____

Besonders betroffene Zeiten / Schichten: _____

5. Mögliche Folgen / Gefährdungen

- ☐ Aufgaben können nicht fristgerecht erledigt werden.
☐ Die erforderliche Arbeitsqualität kann nicht mehr zuverlässig gewährleistet werden.
☐ Es besteht eine erhöhte Fehler- oder Unfallgefahr.
☐ Sicherheits-, gesetzliche, tarifliche oder dienstliche Vorgaben können beeinträchtigt werden.
☐ Eine weitere gesundheitliche bzw. persönliche Überlastung ist zu befürchten.

☐ Sonstige Folgen:

6. Bereits erfolgte Hinweise

Datum / Ansprechpartner / Art des Hinweises:

Reaktion / bereits getroffene Maßnahmen:

7. Erforderliche Abhilfemaßnahmen

- ☐ Personelle Verstärkung ☐ Priorisierung der Aufgaben ☐ Aufgabenreduzierung
☐ Vertretungsregelung ☐ Organisatorische Maßnahmen ☐ Technische Unterstützung
☐ Sonstige Maßnahme:

8. Erklärung

Ich bitte darum, die angezeigte Überlastung zu prüfen, die erforderlichen Maßnahmen zur Abhilfe zu veranlassen und mir den Eingang dieser Anzeige schriftlich zu bestätigen. Ich werde meine dienstlichen Aufgaben weiterhin nach bestem Wissen und Gewissen erfüllen. Sofern eine vollständige, fristgerechte oder ordnungsgemäße Erledigung aufgrund der angezeigten Belastung nicht möglich ist, werde ich dies unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte/r

Eingang Dienststelle / Datum

Kenntnisnahme / Unterschrift Dienststelle

Kopie an: Beschäftigte/r

Kopie an: Personalabteilung

Kopie an: Betriebsvertretung (BV) – zur Kenntnisnahme