

Einsatzbezogene Bewertung physische und psychische Belastung

Einsatz / Name , Vorname ASN _____

EB _____ PFK _____

Bewertung AS_Team AT am _____

Arbeitszeit > 10 Std. ja nein**Bestehende Schichtverteilung/Schichtumfang**

von _____ bis _____ h / Umfang

von _____ bis _____ h / Umfang

von _____ bis _____ h / Umfang

Physische Belastung**Hilfsmittelsituation**gut befriedigend nicht ausreichend Lifter ja nein höhenverstellbares Pflegebett ja neinSonstige Hilfsmittel _____
(bezogen auf physische Belastungen)

Bemerkungen _____

Physische Belastungen im Einsatz**beim Transfer**hoch mittel gering **beim Lagern**hoch mittel gering **beim Rollstuhl schieben / Begleitung außer Haus**hoch mittel gering Sonstige Besonderheiten / physische Belastungen

_____**Gesamtbewertung der physischen Belastungen im Einsatz**hoch mittel gering **Hinweis:** Wenn in den Schichten die Belastungen sehr unterschiedlich sind, bitte getrennte schichtbezogene Bewertungsbögen ausfüllen!

Psychische Belastungen

Zeitdruck/ Arbeitsdichte		
hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>
Arbeitsanforderungen		
hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>

Emotionale Belastungen / Konflikte		
hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>
Bemerkungen _____		

Rollenklarheit (Aufgabe/Verantwortung)		
gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>
Bemerkungen _____		

Teamsituation		
nicht ausreichend <input type="checkbox"/>	befriedigend <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>
Bemerkungen _____		

Sonstige Besonderheiten / psychische Belastungen		

Gesamtbewertung psychische Belastungen		
hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>

Hinweis: Wenn in den Schichten die Belastungen sehr unterschiedlich sind, bitte getrennte schichtbezogene Bewertungsbögen ausfüllen!

Bewertung Schichtlänge (max. Arbeitszeit 12 Std) _____

Änderung Schichtlänge erforderlich ja nein

Datum _____

Unterschrift EB

Unterschrift PFK