

# ProDeMa® - Gefährdungsanalyse



Klinik: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Berufsgruppe:  Pflegedienst  Ärztlicher Dienst  Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen

## 1. Wie oft waren Sie im vergangenen Jahr verbalen Aggressionen ausgesetzt?

- |  |         |   |         |
|--|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Schreien                | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Beschimpfen          | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Beleidigen              | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Drohen               | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> gegeneinander Auspielen | ( ) mal | <input type="checkbox"/> sexuelle Belästigung | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Erpressen               | ( ) mal |   |         |
- Sonstiges \_\_\_\_\_ ( ) mal

## 2. Wie oft waren Sie im vergangenen Jahr brachialen Aggressionen ausgesetzt?

- |   |         |                                   |         |  |         |
|---|---------|-----------------------------------|---------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Kratzen        | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Beissen  | ( ) mal | <input type="checkbox"/> sexuelle Übergriffe | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Spucken        | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Kneifen  | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Haare ziehen        | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Schlagen       | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Treten   | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Gewalt gegen Sachen | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Autoaggression | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Klingeln | ( ) mal |  |         |
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ ( ) mal

## 3. Wie oft wurden Sie durch gewalttätige Verhaltensweisen verletzt?

- |   |         |   |         |
|---|---------|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Prellung, Bluterguss | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Kratzwunde               | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Brillenschaden       | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Zerrungen/Verstauchungen | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Frakturen            | ( ) mal | <input type="checkbox"/> psychische Verletzungen  | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> zerstörte Kleidung   | ( ) mal | <input type="checkbox"/> Schmerzen                | ( ) mal |
| <input type="checkbox"/> Bissverletzungen     | ( ) mal |   |         |
- Sonstiges: \_\_\_\_\_ ( ) mal

## 4. Wurde die Verletzung dem zuständigen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse oder Gemeindeunfallversicherungsverband) gemeldet?

- Ja  Nein

# ProDeMa® - Gefährdungsanalyse



## 5. Fühlen Sie sich ausreichend auf eine eskalierende Situation vorbereitet?

- Ja  Nein

## 6. Wo haben Sie bisher aggressive Verhaltensweisen erlebt oder beobachtet?

- Flure/Wartezonen  
 Stationen  
 Ambulanzen/Aufnahmen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 7. Um welche Tageszeit haben Sie aggressive Verhaltensweisen erlebt oder beobachtet?

- 00:00 – 06:00 Uhr  06:00 – 10:00 Uhr  
 10:00 – 14:00 Uhr  14:00 – 16:00 Uhr  
 16:00 – 20:00 Uhr  20:00 – 24:00 Uhr

## 8. Fühlen Sie sich durch das bestehende Notrufsystem abgesichert?

- Ja  Nein

## 9. Wäre ein Trainingsprogramm zum angemessenen Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen für Sie hilfreich?

- Ja  Nein

## 10. Welche Maßnahmen können Ihrer Meinung nach eingeführt werden, um die Sicherheit am Arbeitsplatz zu erhöhen?

---

---

---

---

---