



# Gefährdungsbeurteilung (Sicherheitscheck vor der Arbeit)

Insbesondere für Arbeiten mit maximal 3 Tagen Aufenthalt im Werk

Mitarbeiter/ Firma: \_\_\_\_\_

Anzahl eingesetzter Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

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

1. Allgemeines		2. Arbeitsaufgabe	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist der Arbeitsort bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein            Betrieb: _____            Gebäude: _____            Anlagenteil: _____</li> <li>• Ist ein Freigabe-/ Erlaubnisschein vorhanden und sind der Arbeitsgruppe die Inhalte bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Sicherheitsunterweisung durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Standard PSA vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <i>(geschlossene Arbeitskleidung, Helm, Schutzbrille, Sicherheitsschuhe)</i></li> <li>• Sind die eingesetzten Arbeitsmittel geprüft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> <li>• Ist der erste Hilfe Weg/ die Alarmierungskette der OQ bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</li> </ul>		<input type="checkbox"/> Montage <input type="checkbox"/> Demontage <input type="checkbox"/> Prüfung <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Einsteigen in Behälter und enge Räumen <input type="checkbox"/> Brenn-/ Schweiß-/ Trennarbeiten <input type="checkbox"/> Öffnen von Produktführenden Systemen <input type="checkbox"/> Elektroarbeiten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <b>Wie sollen die Arbeiten durchgeführt werden?</b> (Tätigkeits-, Arbeits- und Montagebeschreibung) _____ _____	
3. Welche Gefahren bringt die durchzuführende Arbeit mit sich?		4. Für die Arbeitsaufgabe eingesetzte, mitgebrachte Arbeitsmittel	
<input type="checkbox"/> Wegfliegende Partikel / Teile <input type="checkbox"/> Herabfallende Teile / Unkontrolliert bewegte Teile <input type="checkbox"/> Quetschen, Schneiden, Stechen <input type="checkbox"/> Abstürzen, Ausrutschen, Stolpern <input type="checkbox"/> Lärm > 80 dB(A) <input type="checkbox"/> Freisetzung von Strahlung <input type="checkbox"/> Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Freisetzung/ Einsatz von Gefahrstoffen (z.B.: Schweißrauch, Dämpfe, Lösemittel, Farben, Beschichtungen) Welche: _____ <input type="checkbox"/> Zündung/ Brand durch Betriebsmittel / Arbeitsverfahren (Schweißen, brennen, nicht ex-geschützte elektrische Geräte) <input type="checkbox"/> Verbrennung / Erfrierung (z.B. heiße Oberflächen, Flüssigkeiten) <input type="checkbox"/> Elektrischer Strom (z.B. elektrischer Schlag, Lichtbogen) <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____		<input type="checkbox"/> Leiter <input type="checkbox"/> Hebebühne / Hubsteiger <input type="checkbox"/> Kran <input type="checkbox"/> Akku – Bohrmaschine <input type="checkbox"/> Bohrmaschine <input type="checkbox"/> Schweißgerät <input type="checkbox"/> Trennschleifer <input type="checkbox"/> Lampe / Leuchte <input type="checkbox"/> Einsatz von Arbeitsmitteln mit Verbrennungsmotoren Beschreibung: _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstige Arbeitsmittel: _____ _____ _____	
5. Schutzmassnahmen			
Technische Schutzmaßnahmen	Organisatorische Schutzmaßnahmen	Persönliche Schutzmaßnahmen	
<input type="checkbox"/> Arbeitsgerüst <input type="checkbox"/> Schutzgerüst <input type="checkbox"/> Berührungsschutz / Abdeckung <input type="checkbox"/> Geländer / feste Absperrung <input type="checkbox"/> Gitterrostabdeckung <input type="checkbox"/> Behälter für Kleinmaterial <input type="checkbox"/> Technische Lüftung (z.B. Gebläse) <input type="checkbox"/> Arbeitsmittel in ex-Ausführung Welches/ ATEX Zulassung: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____	<input type="checkbox"/> Absperrung des Gefahrenbereichs <input type="checkbox"/> Betriebs- / Arbeitsanweisung (z.B. Einsatz von Chemikalien.....) <input type="checkbox"/> Gefährdungsbeurteilung ergänzend (z.B. Arbeiten in Höhen...) <input type="checkbox"/> Einsatz geprüfter Arbeitsmittel <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____	<input type="checkbox"/> Gehörschutz <input type="checkbox"/> Korbschutzbrille <input type="checkbox"/> Gesichtsschutzschild <input type="checkbox"/> Handschuhe: _____ (z.B. Schnitt-, Hitze-, Chemikalienschutz, etc.) <input type="checkbox"/> Schweißerschutzrüstung <input type="checkbox"/> PSA gegen Absturz <input type="checkbox"/> Atemschutz Beschreibung / Filtertyp: _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____	
Verantwortlicher Mitarbeiter Kontraktor Name: Unterschrift:		Kenntnisnahme Koordinator OQ Name: Unterschrift:	