**Belastungen im Sommer**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsbereich / -platz: |       |
| Mängel gemeldet an: |       |
| besprochen mit: |       |
| Prüfdatum: | Datum auswählen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Sind in der Gefährdungsbeurteilung Belastungen im Sommer berücksichtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es in den Büroräumen außenliegende Sonnenschutzeinrichtungen? | Ja | Nein | Datum auswählen  |       |
|  | Können die Arbeitszeiten im Hochsommer auf einen früheren Arbeitsbeginn angepasst werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Können die Mitarbeiter zusätzliche kurze Pausen machen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Kann bei Arbeiten im Freien auf schwere Arbeiten in der Mittagszeit verzichtet werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind mögliche Maßnahmen zum Schutz gegen Hitze und UV-Strahlung mit dem Betriebsarzt abgesprochen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Mitarbeiter über die Gefahren durch Hitze und UV-Strahlung unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Mitarbeiter angehalten, im Freien eine Kopfbedeckung und Sonnenbrille zu tragen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Stellt der Arbeitgeber Sonnenschutzmittel zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist gewährleistet, dass die Mitarbeiter in der Nähe des Arbeitsplatzes über geeignete Getränke verfügen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Mitarbeiter über Hitzeerkrankungen wie Sonnenstich und Hitzschlag informiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Mitarbeiter über Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Hitzeerkrankungen unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung