**Elektrische Gefährdung**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Werden elektrische Betriebsmittel regelmäßig geprüft? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Prüfungen von einer Elektrofachkraft durchgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden elektrische Anlagen nur von Elektrofachkräften errichtet? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter auf Gefahren durch elektrischen Strom hingewiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Kennen die Mitarbeiter die Wirkungen des elektrischen Stroms auf den Körper? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter im sicheren Umgang mit elektrischen Betriebsmitteln unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Überprüfen die Mitarbeiter vor Benutzung die elektrischen Betriebsmittel auf augenfällige Mängel? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden defekte elektrische Betriebsmittel unverzüglich außer Betrieb genommen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden bei der Auswahl der Betriebsmittel besondere Beanspruchungen durch Nässe oder durch erhöhte mechanische Beanspruchung berücksichtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Kennen die Mitarbeiter die Symbole für besondere Schutzarten? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Mitarbeiter über Sofortmaßnahmen nach einem Elektrounfall unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung