**Heben und Tragen – Leitmerkmalmethode**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Müssen im Unternehmen Hebe- und Tragetätigkeiten durchgeführt werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Gewichte der Lasten, die zu heben und zu tragen sind, bekannt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die physischen Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird das Risiko der physischen Belastungen mittels der Leitmerkmalmethode ermittelt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Gibt es Lasten für Männer, die schwerer als 40 kg sind, oder für Frauen, die schwerer als 25 kg sind? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Können die Lasten mit aufrechtem Oberkörper getragen werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind Lasten über Schulterhöhe zu heben? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Müssen Lasten vom Boden angehoben werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind Lasten im Hocken oder Knien zu bewegen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Lasten gut zu greifen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist der Bewegungsraum beim Heben eingeschränkt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Stehen Hebe- und Tragehilfen wie z. B. Hebevorrichtungen zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Gibt es Transporthilfen wie z. B. Handhubwagen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter im richtigen Heben und Tragen unterwiesen`? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung