**Hochgelegene Arbeitsplätze**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Gibt es im Unternehmen hochgelegene Arbeitsplätze? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter über Gefahren an hochgelegenen Arbeitsplätzen besonders unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind zum Erreichen hochgelegener Arbeitsplätze sichere Aufstiege vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind auf Dächern sichere Verkehrswege vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind hochgelegene Arbeitsplätze mit einem Seitenschutz versehen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden bei Arbeiten auf nicht begehbaren Dächern Auffangnetze montiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Gibt es bei Dacharbeiten Auffangeinrichtungen wie Dachfanggerüste? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird bei PSA gegen Absturz sichergestellt, dass das Auffangsystem geeignet ist? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Gibt es eine Betriebsanweisung für den Einsatz von PSA gegen Absturz? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter vor dem Einsatz von PSA gegen Absturz unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird geprüft, ob die Anschlagpunkte für die Belastung geeignet sind? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird die PSA gegen Absturz mindestens einmal jährlich durch eine befähigte Person geprüft? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden Mitarbeiter hinsichtlich ihrer Eignung für Arbeiten in der Höhe arbeitsmedizinisch untersucht? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung