Arbeiten in Grünanlagen

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Haben die Beschäftigten einen wirksamen Impfschutz gegen Tetanus? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird praxisnah über die typischen Gefährdungen unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Steht für die jeweilige Tätigkeit geeignete Persönliche Schutz-ausrüstung (Handschuhe, Schuhe, Schutzkleidung, Sonnenschutz) zur Verfügung und wird diese auch benutzt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es für jede Arbeitskolonne eine unverzügliche Erste Hilfe (Ersthelfer, funktionierende Notrufeinrichtung, Verbandmaterial)? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Steht für handgeführte Maschinen mit Verbrennungsmotor benzol-armer Sonderkraftstoff bereit? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden beim Einsatz von elektrischen Geräten im Freien geeignete Fehlerstromschutzschaltereingesetzt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird bei motorbetriebenen Maschinen vor Gebrauch die Vollständigkeit und Funktionsfähigkeitder Schutzeinrichtungen geprüft? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden auf hochgelegenen Arbeitsplätzen wie Dachbegrünungen und Überführungen geeigneteMaßnahmen gegen Absturz getroffen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung