**Arbeitsbühne: Absturzsicherung**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 eine Gefährdungsbeurteilung für den Einsatz von Hubarbeitsbühnen, die durch Prüfung besonderer Einsatzfälle ergänzt wird? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird vor jedem Einsatz ermittelt, ob zusätzliche Schutzmaßnahmen erforderlich sind, und wird deren Umsetzung geprüft? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Beinhaltet die Betriebsanweisung die Benutzung von PSA gegen Absturz und werden die Beschäftigten hierzu unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Bedienpersonen der Hubarbeitsbühne eingewiesen und nach Nachweis ihrer Befähigung schriftlich beauftragt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Verfügt die Hubarbeitsbühne über geeignete Anschlagpunkte? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist sichergestellt, dass eine zweite Person für den Notablass anwesend ist sowie für den Fall, dass sich jemand nicht selbst retten kann? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es ein Rettungskonzept für den Fall, dass jemand von der Arbeitsbühne abstürzt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung