**Arbeitsschutzorganisation**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-****bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Sind im Unternehmen Ziele im Arbeits- und Gesundheitsschutz festgelegt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Arbeitsschutzziele mit den Beschäftigten kommuniziert? | Ja | Nein | Datum auswählen  |       |
|  | Sind den Beschäftigten Sicherheitsfachkraft und Betriebsarzt bekannt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Führungskräfte über ihre Aufgaben, Pflichten und Verantwortungsbereiche informiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Erfolgt die Übertragung von Aufgaben durch eine schriftliche Pflichtenübertragung? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist sichergestellt, dass der Betriebsrat seine Mitbestimmungsrechte wahrnehmen kann? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Beschäftigte, z. B. Gabelstaplerfahrer, schriftlich für diese Aufgaben beauftragt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist festgelegt, welche arbeitsmedizinische Vorsorge erforderlich ist? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist sichergestellt, dass die Beschäftigten vor Beginn der Tätigkeiten und dann in regelmäßigen Abständen unterwiesen werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist die Prüfung der Arbeitsmittel organisiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist festgelegt, wann und wie die Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen überprüft wird? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden bei Neu- und Umbauplanungen die Arbeitsschutzexperten frühzeitig mit einbezogen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung