**Barrierefreie Gestaltung**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Ist geklärt, welcher Personenkreis die Gebäude, Arbeitsmittel, Anlagen, Informationen nutzen wird? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind für diesen Personenkreis vorhandene Einschränkungen (z. B. körperlich) und Bedürfnisse (z. B. hoher Platzbedarf, Unterstützung) bekannt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden diese Einschränkungen und Bedürfnisse bei der Planung von Gebäuden und Beschaffung von Arbeitsmitteln berücksichtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Informationen (z. B. Warnsignale) jeweils über mindestens zwei der drei Sinne (hören, sehen, fühlen) vermittelt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Wege der Außen- und Innenbereiche ausreichend breit (150 cm)? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Wege frei von Schwellen und Stufen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind Alternativen zu Treppen und Stufen (Aufzüge, Rampen) vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist eine hinreichende Anzahl barrierefreier Toilettenkabinen vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Bedienelemente im Gebäude (z. B. Lichtschalter, Fenster- und Türgriffe) erkennbar und nutzbar? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist eine sichere Flucht oder Rettung aller Personen – insbesondere von mobilitätseingeschränkten Personen gewährleistet? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung