**Dem Krebs vorbeugen**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungsbedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Wurde eine vollständige Bestandsaufnahme aller kanzerogenen Gefahrstoffe am Arbeitsplatz durchgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind Substitutionsmöglichkeiten für kanzerogene Stoffe geprüft und, wo möglich, umgesetzt worden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Existieren geschlossene Systeme oder andere technische Schutzmaßnahmen zur Minimierung der Exposition? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden regelmäßige Messungen der Arbeitsplatzkonzentration durchgeführt und dokumentiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind alle betroffenen Mitarbeiter über die Risiken und korrekten Handhabungsverfahren unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Steht geeignete persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung und wird ihre korrekte Verwendung überwacht? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für exponierte Mitarbeiter durchgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Existiert ein Notfallplan für den Fall einer akzidentellen Exposition gegenüber kanzerogenen Stoffen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung