Heben und Tragen

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Wird versucht, die Lastgewichte zu verringern? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden überflüssige Transport-wege vermieden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Hebe- und Tragehilfen eingesetzt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden schwere und sperrige Lasten von mehreren Personen getragen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird die „Leitmerkmalmethode zur Beurteilung von Heben, Halten, Tragen“ angewendet? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind den Beschäftigten die richtigen Hebe- und Tragetechniken bekannt und werden diese auffalsche Haltungen hingewiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden regelmäßig kurze Pausen gemacht? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Beschränkungen für ältere, junge, weibliche, neue und leistungseingeschränkteBeschäftigte eingehalten? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung