**Sichere Alleinarbeit**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungsbedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Ist in der Nähe jedes Einzelarbeitsplatzes eine Verbindung (zum Beispiel Sprechfunk, Draht- oderFunkalarm) zu einer sicher besetzten Stelle gewährleistet? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind gegebenenfalls willensunabhängige Überwachungseinrichtungen vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist gewährleistet, dass allein arbeitende Personen durch ein Notfallkonzept rechtzeitig die notwendige Hilfe erhalten? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die Personen körperlich und psychisch für Alleinarbeit geeignet? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die allein arbeitenden Beschäftigten gründlich unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind sie unterrichtet über die Verbindung zu einer sicher besetzten Stelle und über die allenfalls eingesetzte Personen-Notsignal-Anlage? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird regelmäßig überprüft, ob die Beschäftigten über das für die Alleinarbeit erforderliche Know-how verfügen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung