**Wirksamer UV-Schutz**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungsbedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Liegt eine Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten mit natürlicher UV-Exposition vor? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Schutzmaßnahmen je nach Höhe des tagesaktuellen UV-Index festgelegt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es die Möglichkeit, Arbeitsplätze zu beschatten? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Stehen schattige Plätze für Pausen zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Aufenthaltszeiten in der Sonne in der Mittagszeit von 11 bis 15 Uhr begrenzt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden körperlich anstrengende Tätigkeiten früh morgens oder spät nachmittags ausgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Schattenpausen an die Tageszeit angepasst? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Stehen geeignete Persönliche Schutzausrüstung, Getränke und geeignete UV-Schutzmittel zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird den Beschäftigten arbeitsmedizinische Vorsorge angeboten? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung