

Sicherheits-Check vor Arbeitsbeginn		Formblatt Dok.-Nr.:FB-IMS-1091
Vom Ausführenden / Kontraktor auszufüllen. Mitgeltendes Dokument des Arbeitsfreigabe-Systems.		
GBU / Betrieb:	AF-Nr.:	Datum:
Gebäude / Stockwerk:	Anlagenteil / techn. Platz:	SAP-Auftrag / SAP-Bestell-Nr. / KST:

1. Angaben zur ausführenden Firma	2. Welche Arbeiten sind durchzuführen
Ausführender / Kontraktor: _____ Gewerk: _____ 1. Sind <u>Örtlichkeit</u> und Arbeitsaufgabe bekannt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 2. Sicherheitspass vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 3. Betriebl. Sicherheitsunterweisung vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 4. Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter: _____ 5. Standard PSA vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(Sicherheitsschuhe, Schutzbrille, Helm, flammhemmende Arbeitskleidung)</i> 6. Einfahrt / Zugangsgenehmigung zum Betrieb erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Montage <input type="checkbox"/> Demontage <input type="checkbox"/> Prüfung <input type="checkbox"/> Reinigung <input type="checkbox"/> Störmeldung / Instandsetzung <input type="checkbox"/> Wartung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Arbeiten / Einsteigen in Behältern + engen Räumen <input type="checkbox"/> Arbeiten mit Absturzgefahren <input type="checkbox"/> Arbeiten in Ex-Bereich / Heißarbeiten Arbeitsauftrag: _____ _____ Wie werde ich die Arbeiten durchführen? (Arbeits- und Montagebeschreibung) _____ _____

3. Welche Geräte / Werkzeuge plane ich einzusetzen?	4. Welche Gefahren bringt <u>meine Arbeit</u> mit sich?
<input type="checkbox"/> Allg. Hand / Montagewerkzeug <input type="checkbox"/> Ketten / Hebezeuge <input type="checkbox"/> elektr. betriebene Handwerkzeuge <input type="checkbox"/> Leiter <input type="checkbox"/> elektr. betriebene Maschinen <input type="checkbox"/> Gerüst <input type="checkbox"/> Hebebühne / Hubsteiger <input type="checkbox"/> Hilfskonstruktion / Träger <input type="checkbox"/> Kran / Werkstattkran (fahrbar) <input type="checkbox"/> Schweißgerät <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Explosionsgeschützte Ausführung: JA NEIN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lampe / Leuchte  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Messgerät: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strahlungsquelle: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Einsatz von Gefahrstoffen und Druckgasen: <small>Sicherheitsdatenblätter sind beizufügen!</small> <input type="checkbox"/> Welche? (Beschreibung): _____	<input type="checkbox"/> wegfliegende Partikel / Teile <input type="checkbox"/> Staubentwicklung z.B. durch Schleifen, Bohren, Schneiden, Stemmen <input type="checkbox"/> Absturzgefahr <input type="checkbox"/> Rutsch- / Stolpergefahr  <input type="checkbox"/> Quetschen, Schneiden <input type="checkbox"/> Herabfallende Teile / unkontrolliert bewegte Teile / schweb. Lasten <input type="checkbox"/> Lärm der durch die eigene Arbeit erzeugt wird <input type="checkbox"/> Freisetzung von Strahlung <input type="checkbox"/> Freisetzung von gefährlichen Stoffen (z. B. Schweißrauche, Dämpfe, etc.) <input type="checkbox"/> Zündgefahren durch Betriebsmittel <input type="checkbox"/> Elektrische Gefahren <input type="checkbox"/> Verbrennungs- / Erfrierungsgefahr <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____ _____

5. Wie schütze ich mich bei der Arbeit?		
a. Technische Schutzmaßnahmen	b. Organisatorische Schutzmaßnahmen	c. Persönliche Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> Arbeitsgerüst / Schutzgerüst <input type="checkbox"/> Geländer / feste Absperrung <input type="checkbox"/> Fangnetz <input type="checkbox"/> Gebläse (Belüftung) <input type="checkbox"/> Gebläse (Entlüftung) <input type="checkbox"/> Absaugung / Benässen <input type="checkbox"/> Einhausung <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Absperrung des Gefahrenbereichs <input type="checkbox"/> Betriebs- / Arbeitsanweisung <i>(z. B. Einsatz von Chemikalien...)</i> <input type="checkbox"/> Checkliste Arbeitsvorgang / -vorbereitung <i>(z. B. Sicherheits-Checkliste ...)</i> <input type="checkbox"/> Gefährdungsbeurteilung <i>(z. B. Arbeiten in Höhen...)</i> <input type="checkbox"/> Montageanweisung (z. B. für Gerüste...) <input type="checkbox"/> Einsatz von geprüften Betriebsmitteln <i>(z. B. DGUV V 3, DGUV R 112-198, ...)</i> <input type="checkbox"/> LOTO - TSP-Nr.: _____ / Lockbox-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Gehörschutz <input type="checkbox"/> Korbschutzbrille <input type="checkbox"/> Gesichtsschutzschild <input type="checkbox"/> Handschuhe: _____ <i>(z. B. Schnitt-, Hitze-, Chemikalienschutz, etc.)</i> <input type="checkbox"/> Schweißerschutzrüstung <input type="checkbox"/> Einmal-Schutzanzug Typ: _____ PSA gegen Absturz: <input type="checkbox"/> Auffanggurt <input type="checkbox"/> Rückhalteeinrichtung <input type="checkbox"/> Falldämpfer _____ Atemschutz: <input type="checkbox"/> Staubmaske <input type="checkbox"/> Vollmaske <input type="checkbox"/> Gebläsehaube / Helm _____ <input type="checkbox"/> Filtertyp: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges (Beschreibung): _____ _____

6. Kommunikation des Sicherheits-Checks	
Name: _____ Unterschrift: _____ <i>Verantwortlicher Ausführender / Kontraktor</i>	Kennnisnahme Betrieb Name: _____ Unterschrift: _____ <i>Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter</i>
Nach Beurteilung durch den Betriebsleiter/bevollmächtigen Vertreter ist eine Arbeitsfreigabe nicht notwendig.	
Datum: _____ Unterschrift: _____	

Original zurück an Betrieb, zur Archivierung