|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitsmedizinische Vorsorge**  **Informationsbogen für die/den Betriebsarzt/in**  **über die Arbeitsbedingungen von Mitarbeiter/innen, die nicht ausschließlich am Büroarbeitsplatz eingesetzt sind (z.B. Labore, Werkstätten, …)** | |  |
| Bitte beschreiben Sie möglichst genau die Aufgaben, die dadurch gegebenen Gefährdungen und die bereits von Ihnen getroffenen Schutzmaßnahmen für die/den Mitarbeiter/in, so dass sich die/der Betriebsarzt/in sich ein möglichst genaues Bild über das Arbeitsumfeld machen kann. Fügen Sie ggf. Anlagen bei. | | |
| **Zu untersuchende Person** | | |
| Name, Vorname |  | |
| Telefon |  | |
| Mail |  | |
| Vorsorgeanlass |  | |
| vorgesehene Vorsorge |  | |
| Arbeitsstätten, in/an denen die/der Mitarbeiter/in eingesetzt ist |  | |
| Arbeitszeiten |  | |
| Arbeitsaufgaben, die die/der Mitarbeiter/in auszuführen hat. |  | |
| **Gefährdungen durch diese Tätigkeit** | | |
| Gefährdungen durch Arbeitsumgebungsbedingungen |  | |
| Gefährdungen durch verwendete Maschinen und Werkzeuge |  | |
| Gefährdungen durch elektromagnetische Felder, nicht-ionisierende und ionisierende Strahlen |  | |
| physische Belastungen |  | |
| Gefährdungen durch Arbeitsstoffe (biologische Stoffe, Gefahrstoffe, sonstige Arbeitsstoffe) |  | |
| psychische Belastungen |  | |
| Sicherheitsdatenblätter der verwendeten Gefahrstoffe |  | |
| Messprotokolle |  | |
| **Getroffene Schutzmaßnamen** | | |
| Technischer Arbeitsschutz |  | |
| Organisatorische Arbeitsschutzmaßnahmen |  | |
| Persönliche Arbeitsschutzmaßnahmen |  | |
| Jährliche Unterweisungen |  | |
| Vorsorgekartei |  | |
| Letzte Arbeitsplatzbegehung |  | |
| Ergriffene Maßnahmen |  | |
| **Ersteller/in dieses Bogens** | | |
| Name, Vorname |  | |
| Funktion |  | |