|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |