

AUSKUNFTSBLATT ÜBER DEN ARBEITSPLATZ - PRAKTIKANTEN
 Gemäß den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 21/09/2004 in bezug auf den Schutz von Praktikanten

UNTERNEHMEN : Fax:.....
 Vertragsnummer : Name Arbeitsarzt :
 Arbeitsplatz :
 Erforderliche berufliche Qualifikation :

Abschnitt A

BESCHREIBUNG DER TÄTIGKEITEN (je Arbeitsplatz) : Wo?
 Welche(s) Maschine, Transportmittel, Produkt?
 Aufgaben?

ERGEBNIS DER RISIKOABSCHÄTZUNG (in Ausführung des Königlichen Erlasses vom 27/03/98 in bezug auf das dynamische Risikomanagementsystem) Risiken?

Getroffene Schutzmassnahmen:.....

Besondere Anweisungen, Schulung?

Praktikanten erlaubt

Abschnitt B

RISIKEN UND BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Sturz :

- Aus der Höhe
- Auf dem Boden

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schnittwunden | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> Quetschung | <input type="checkbox"/> Vibrationen |
| <input type="checkbox"/> Herumfliegende Splitter | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> Brandwunden | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Risiken durch Elektrizität | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit |
| <input type="checkbox"/> Fallende Gegenstände | <input type="checkbox"/> Chemische Beeinträchtigung |
|
 |
 |
| <input type="checkbox"/> Isolierte Arbeit | <input type="radio"/> Spritzer |
| <input type="checkbox"/> Sonstige : | <input type="radio"/> Staub |
| | <input type="radio"/> Gase, Dämpfe |

VERLANGTE GESUNDHEITSÜBERWACHUNG¹

Vorherige Beurteilung des Gesundheitszustands: nein ja

Sicherheitsposten:.....

Posten mit erhöhten Wachsamkeitsanforderungen:.....

Gesundheitsrisiko (Risiko von Berufskrankheiten) :

- Physisch:
- Chemisch:.....
- Biologisch:
- Ionisierende Strahlung.....

Ergonomische Belastung:

- Bildschirmarbeit
- Manuelles Heben und Tragen von Lasten
- Sonstige:

Psychosoziale Belastung:.....

Direkter Kontakt mit unverpackten Lebensmitteln:

Nachtarbeit: nein ja Schichtarbeit: nein ja

Impfungen/Tests: Wundstarrkrampf Tuberkulose

- Hepatitis B
- Sonstiges

Maßnahmen bei Schwangerschaft und Stillen

ja nein Welche?..... Wann?.....

Gezielte Untersuchung :..... Periodizität :.....

Medizinische Fähigkeit/ Kontraindikation :

WELCHE ARBEITSKLEIDUNG/PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNG WIRD GETRAGEN (Verantwortung Verbraucher)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Overall/Hose/Jacke/Sonstige: | <input type="checkbox"/> Atemschutz : |
| <input type="checkbox"/> Sicherheitsschuhe (Typ): | <input type="checkbox"/> Ohrenkappe/Ohrenstöpsel (Typ): |
| <input type="checkbox"/> Handschuhe (Typ): | <input type="checkbox"/> Schutzgurt (Typ): |
| <input type="checkbox"/> Helm/Kappe (Typ): | <input type="checkbox"/> Spezialausrüstung: |
| <input type="checkbox"/> Schirm/Brille (Typ): | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Für das Unternehmen:
 Name und Unterschrift :
 Datum :

Der/Die Unterzeichnende wurde über den zu übernehmenden Arbeitsplatz unterrichtet.
 Name und Unterschrift des Praktikanten:
 Datum :

¹Art der Exposition gemäß der Aufstellung in Ausführung des Gesetzbuches, Titel I, Kapitel IV, art. 4