

Datenerhebung
für das Handlungsfeld

Feuchtarbeit und / oder Kontakt mit hautschädigenden Stoffen

Bundesland		Tätigkeitsschlüssel				
Mitgliedsnummer*		Tätigkeitsbereich*				
UV-Träger BGW						
Anzahl aller Beschäftigten (Köpfe) in der Betriebsstätte						
Anzahl der Beschäftigten (Köpfe) mit vergleichbarer Tätigkeit in der Betriebsstätte						

* Angaben optional

		Erstbesuch			Zweitbesuch		
		Datum: _____			Datum: _____		
					<input type="checkbox"/> Nicht erforderlich**		
1	Wurde in der Betriebsstätte eine geeignete Gefährdungsbeurteilung, z.B. gemäß TRGS 401 durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Nein
2	Wurde in der Gefährdungsbeurteilung eine Gefährdung durch Feuchtarbeit festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein
3	Wurde in der Gefährdungsbeurteilung eine Gefährdung durch hautschädigende Stoffe festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Gering	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Gering	<input type="checkbox"/> Nein
4	Sind die aktuellen Sicherheitsdatenblätter zugänglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein
5	Sind geeignete Schutzmaßnahmen festgelegt? Handlungsbedarf:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
6	Werden die Schutzmaßnahmen umgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
7	Wird die Umsetzung der Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz kontrolliert? Handlungsbedarf:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
8	Ist eine Betriebsanweisung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein
9	Wurden die Beschäftigten unterwiesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu	<input type="checkbox"/> Nein
10	Hatten Sie den Eindruck, dass in der Betriebsstätte die Information über die Gefährdung und den Schutz der Haut zugenommen hat?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

Zu Frage10 keine Antwort möglich, weil:

** Anzukreuzen, wenn beim Erstbesuch alle Fragen mit "ja" beantwortet wurden.

Das Aussehen des Erhebungsbogens darf aufgrund der maschinellen Einlesbarkeit nicht verändert werden.

Hinweis: Die Fragen beziehen sich ausschließlich auf Feuchtarbeit und / oder Kontakt mit hautschädigenden Stoffen!