

Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit im Qualifizierungsbetrieb

Betrieb/Firma: [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.betrieb/name] [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.betrieb/adresse/strasse] [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.betrieb/adresse/hausnummer] [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.betrieb/adresse/plz] [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.betrieb/adresse/ort]	Einsatzabteilung:
Praktikant*in: [t.anrede,vorname,nachname]	Jobcoaches: [tbetreuungenperson.anrede,vorname,nachname FILTER(tbetreuungen.typ="Bildungsträger") ELEMENTE(1)] [tbetreuungenperson.anrede,vorname,nachname FILTER(tbetreuungen.typ="Bildungsträger") ELEMENTE(2)]

Praktikum	von [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.anfang] bis [(SELEKTIERT(tberufe)) tberufe.ende]
Arbeitszeit	
Pausenregelung	
Mittagessen	wird bereitgestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Projekttag	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr
Sonst. Vereinbarungen:	
Praktische Anleitung durch:	
Auszuführende Tätigkeiten:	

Erforderliche/gewünschte Qualifikationen/Befähigung der Praktikantin/ des Praktikanten: z.B. Kenntnisse, Erfahrungen, körperliche Eignung, Zeugnisse

Gefährdung		Schutzmaßnahme erforderlich		Gefährdungsbeschreibung (bitte streichen/ergänzen!)
Ja	Nein	Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mechanische/physische Gefährdung z.B. Verletzungsgefahr an Maschinen, Ausgleiten, Stolpern, Umknicken, Fehltrete

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektrische Gefährdung, Ausfall d. Energieversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Umgang mit Elektrogeräten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen (chemisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Lacke, Lackverarbeitung, Kleber, Reinigungsmitteln, etc.
Gefährdung			Schutzmaßnahme erforderlich		Gefährdungsbeschreibung (bitte streichen/ ergänzen!)
Ja	Nein		Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt mit gesundheitsgefährdenden Stoffen (biologisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Mikroorganismen, wie Bakterien, Viren, Pilze, Keime, etc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brand/- Explosionsgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Lackverarbeitung, Staub, Küche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thermische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Löt-/Schweißarbeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belastung durch Arbeitsumgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Arbeiten im Kühlraum, unter starker Hitze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Belastung durch Umgebungslärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B.: Höhe des Lärmpegels (auf Dauer, unregelmäßig)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vernachlässigung ergonomischer Grundsätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Enge am Arbeitsplatz, Zwangshaltungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Umgang mit Sterben im Pflegebereich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezielle Gefährdungen: bewegte Arbeits- und Transportmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Flurförderfahrzeuge, Kräne, etc.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsorganisation / Tätigkeitsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. ungewöhnliche Arbeitszeitmodelle, spezieller Arbeitskleidungswechsel, unklare Aufgabenverteilung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Gefährdungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. UV-Belastung, etc.

Schutzmaßnahmen	Maßnahme erforderlich		welche Maßnahme:	durch wen:	erledigt am:
	Ja	Nein			
Techn. Schutzmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Organisatorische Schutzmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonst. Schutzmaßnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arbeitsmed. Vorsorge (G- Untersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Empfehlung (z.B. Impfungen ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Persönliche Schutzausrüstung am Arbeitsplatz

Wird gestellt durch:	Praktikant*in	Betrieb	Access	Wird gestellt durch:	Praktikant*in	Betrieb	Access
Sicherheitsschuhe S1/S2/S3/S4/S5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzhandschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wetterschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reinigung Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterweisungen

Welche arbeitsplatzbezogenen /betrieblichen Unterweisungen sind notwendig und wurden durchgeführt?

- allgemeine Unterweisungen am Arbeitsplatz wie Brandschutz, Verhalten im Notfall, etc.
- spezielle Unterweisungen zum Infektionsschutz, Maschinensicherheit, etc.)

Datum:	Unterweisung:

Erste Hilfe/Brand/ Unfall/sonstiger Notfall

Ansprechpartner*in im Notfall:

Sammelplatz bei Brand:

 Ort, Datum

Unterschrift Betrieb

Unterschrift Jobcoach 1, Access

Unterschrift Praktikant*in

Unterschrift Jobcoach 2, Access