

# Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn

Anhang zur Allgemeinen Arbeitsfreigabe (AF) / Arbeitserlaubnisschein (AE)

Ausführungsdatum: \_\_\_\_\_ AF / AE Nr.: \_\_\_\_\_ Gebäudenummer: \_\_\_\_\_  
 Anlagenteil: \_\_\_\_\_ Abteilung / Firma: \_\_\_\_\_

## Teil A: Auszufüllen durch Arbeitsverantwortlichen der Partnerfirma oder den Ausführenden

### 1. Welche Arbeiten sind durchzuführen? Was soll ich tun?

- Montage     Demontage     Reparatur     Messung/Prüfung     Reinigung  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_ Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Mein Arbeitsauftrag lautet:

### 2. Welche Geräte / Werkzeuge plane ich einzusetzen?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> allg. Hand-/ Montagewerkzeug (ohne motor. Antrieb)<br><input type="checkbox"/> Drehmomentschlüssel<br><input type="checkbox"/> Akku-betriebene Maschine<br><input type="checkbox"/> Strom-betriebene Maschinen<br><input type="checkbox"/> Hebezeug, Kettenzug<br><input type="checkbox"/> Kran<br><input type="checkbox"/> Gabelstapler, Hubwagen | <input type="checkbox"/> Gerüst<br><input type="checkbox"/> Mobile Arbeitsbühne<br><input type="checkbox"/> Leiter<br><input type="checkbox"/> Hebebühne / Hubsteiger<br><input type="checkbox"/> Drucklufterzeuger<br><input type="checkbox"/> Druckluftwerkzeuge/-geräte<br><input type="checkbox"/> Heißluftgerät | <input type="checkbox"/> Schweiß-/ Lötgerät<br><input type="checkbox"/> Trennschleifer/ Flex<br><input type="checkbox"/> Brenner<br><input type="checkbox"/> Lampe / Leuchte<br><input type="checkbox"/> Bohrmaschine<br><input type="checkbox"/> Säge<br><input type="checkbox"/> andere nicht-EX-geschützte elektrische Geräte: _____ | <input type="checkbox"/> Messgerät<br><input type="checkbox"/> Messgerät (EX-Schutz)<br><input type="checkbox"/> Einsatz von Verbrennungsmotoren<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____<br>_____<br>_____ |
|---|--|---|---|

### 3. Welche möglichen GEFAHREN bringt MEINE ARBEIT mit sich?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Staubentwicklung<br><input type="checkbox"/> Quetschen<br><input type="checkbox"/> Schneiden<br><input type="checkbox"/> Erstickungsgefahr<br><input type="checkbox"/> Zünd-/ Brandgefahren<br><input type="checkbox"/> schwere Lasten | <input type="checkbox"/> wegfliegende Partikel / Teile<br><input type="checkbox"/> herabfallende Teile<br><input type="checkbox"/> Freisetzung von gespeicherter Energie aus Gerät / Apparat | <input type="checkbox"/> Absturzgefahr<br><input type="checkbox"/> Rutsch- / Stolpergefahr<br><input type="checkbox"/> Elektrische Gefahren<br><input type="checkbox"/> Arbeiten unter Spannung<br><input type="checkbox"/> Freisetzung von Strahlung | <input type="checkbox"/> Lärm (durch eigene Arbeit)<br><input type="checkbox"/> unkontrolliert bewegte Teile<br><input type="checkbox"/> Verbrennungs-/ Erfrierungsgefahr<br><input type="checkbox"/> Freisetzung von gefährlichen Stoffen (z.B.: Schweißrauch, Kühlmittel, Dämpfe, Gase, Fasern, etc.) |
|---|--|---|---|

- Einsatz von mitgebrachten Chemikalien / Lösemitteln / Gasen: \_\_\_\_\_  
 (→ Sicherheitsdatenblatt muss vorliegen)  
 Müssen für die Arbeit Schutzabdeckungen an Maschinen / Geräten entfernen?  
**Ja → STOP! Rücksprache mit Betrieb!**  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Welche Schutzmaßnahmen werden benötigt?

- |          |   |   |  |
|----------|---|---|--|
| <b>T</b> | <input type="checkbox"/> Arbeitsgerüst (freigegeben & geprüft)<br><input type="checkbox"/> Abdeckung<br><input type="checkbox"/> Belüftung/Gebälse  | <input type="checkbox"/> Schutzgerüst<br><input type="checkbox"/> Schutzwand/-schirm<br><input type="checkbox"/> Entlüftung / Absaugung   | <input type="checkbox"/> Geländer / feste Absperrung<br><input type="checkbox"/> Fangnetz<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <b>O</b> | <input type="checkbox"/> Absperrung des Gefahrenbereichs<br><input type="checkbox"/> Sicherheitskoordinator<br><input type="checkbox"/> Arbeitsplatz sauber und aufgeräumt halten<br><input type="checkbox"/> Teilnahme an Pflicht-Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Atemschutz, Lärm, Gefahrstoff)<br><input type="checkbox"/> Anlagenteil kann ausgebaut und die Arbeit in der Werkstatt ausgeführt werden | <input type="checkbox"/> Absprache / Koordination mit anderen Gewerken / Betrieb<br><input type="checkbox"/> Sicherungsposten oder Schweißposten<br><input type="checkbox"/> Mitarbeiter in Umgang mit EX-/ OX Geräte einge-/unterwiesen<br><input type="checkbox"/> Einsatz von geprüften Betriebsmitteln<br><input type="checkbox"/> Sprechverbindung |  |
| <b>P</b> | <input type="checkbox"/> Allgemeine Standard PSA<br><input type="checkbox"/> Korbschutzbrille<br><input type="checkbox"/> Chemikalienschutzanzug<br><input type="checkbox"/> Auffanggurt<br><input type="checkbox"/> Partikelfiltermaske (P1 <input type="checkbox"/> / P2 <input type="checkbox"/> / P3 <input type="checkbox"/> )<br><input type="checkbox"/> Gebläsehaube Filtertyp: _____           | <input type="checkbox"/> Gehörschutz<br><input type="checkbox"/> Gesichtsschutzschild<br><input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe, Typ: _____<br><input type="checkbox"/> Falldämpfer<br><input type="checkbox"/> Umluftunabh. Atemschutz<br><input type="checkbox"/> Vollmaske, Filtertyp: _____  | <input type="checkbox"/> Schweißerschutz<br><input type="checkbox"/> Rückhalteeinrichtung  |
|          | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____<br>_____  |   |  |

### ZUSÄTZLICH GELTEN IMMER DIE IN DER ARBEITSGENEHMIGUNG (AF/AE) DES BETRIEBES FESTGELEGTEN MAßNAHMEN!

Ausführender / Arbeitsverantwortlicher Partnerfirma			Kenntnisnahme Betrieb (Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter / Meister)		
Datum	Name	Unterschrift	Datum	Name	Unterschrift

Bitte wenden →

# Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn

Anhang zur Allgemeinen Arbeitsfreigabe (AF) / Arbeitserlaubnisschein (AE)

## Teil B: Sicherheitscheck - direkt vor Beginn der Arbeit durch die Ausführenden auszufüllen

### Was ist wichtig, um meine Arbeit sicher auszuführen?

Diskutieren Sie aktiv alle Fragen mit Ihrer Arbeitsgruppe.

**Wenn Sie eine Frage nicht mit Ja beantworten können: STOP! Arbeit nicht beginnen! Aufsichtsführenden des Betriebs ansprechen! Informieren Sie den Betrieb, wenn Sie Unterstützung benötigen!**

JA

Bin ich vor Ort eingewiesen worden und hat meine Arbeitsgruppe die betriebliche Sicherheitseinweisung erhalten?	<input type="checkbox"/>
Weiß ich genau, welche Arbeit (richtiger Ort, Anlagenteil, Rohrleitung) ich durchzuführen habe?	<input type="checkbox"/>
Sind meine Werkzeuge, Geräte, Kabel, Arbeitsmittel sicher und geprüft (Sichtprüfung vor Gebrauch, ggf. Prüfplakette)?	<input type="checkbox"/>
Weiß ich, wo der nächste Notausgang, Feuerlöscher, Sammelpunkt und ggf. die nächste Notdusche/Augendusche ist?	<input type="checkbox"/>
Kann ich die geplanten Werkzeuge sicher anwenden?	<input type="checkbox"/>
Habe(n) ich/wir die Zeit, die Arbeit sicher auszuführen?	<input type="checkbox"/>
Wenn wir mehrere Beschäftigte sind, haben wir uns abgesprochen, wie wir sicher zusammenarbeiten können?	<input type="checkbox"/>
Ich spreche andere an, wenn ich unsichere Arbeitsweisen oder unsicheres Verhalten sehe.	<input type="checkbox"/>

Ausführender / Arbeitsverantwortlicher Partnerfirma:	Name	Unterschrift	Datum	Uhrzeit
---	------	--------------	-------	---------

## Teil C: Kenntnisnahme und Selbstverpflichtung der Mitarbeiter

### Ich bin

- ✓ in die in der Arbeitsfreigabe und im „Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn“ beschriebenen Sicherheitsinformationen unterwiesen worden und habe diese verstanden.
- ✓ mir der möglichen Gefährdungen bewusst und werde die festgelegten Sicherheitsmaßnahmen umsetzen und während der Durchführung der Tätigkeit einhalten.

### Ich werde

- ✓ **keine Arbeiten durchführen**, bei denen ich mich **unsicher fühle**, sondern **stoppe diese**.
- ✓ **unsichere Zustände** und Situationen sofort an meinen Vorgesetzten melden.
- ✓ nicht nur auf mich selbst, sondern **auf alle** im Betrieb tätigen Personen **achten**.

### Ich spreche

- ✓ andere an, wenn ich unsichere Arbeitsweisen oder unsicheres Verhalten sehe.



**STOP!**  
Was habe ich vor?  
Was könnte passieren?  
Wie kann ich mich schützen?  
Brauche ich Hilfe?  
Danke, dass Du aufmerksam bleibst!

	Name, Vorname * alle neuen Mitarbeiter sind zu ergänzen	Datum:						
1.	Verantwortlicher Ausführender / Fremdfirma	Unterschrift von jedem Mitarbeiter für jeden Tag						
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								