

# Formular zur Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung

Betrieb: \_\_\_\_\_

Bearbeiter: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

Unterschrift Fachkraft für Arbeitssicherheit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Betriebsarzt: \_\_\_\_\_

| Arbeitsmittel                      | Gefährdung | Mangel | Schutzziel                           | Maßnahmen | Erledigung |      |              |
|------------------------------------|------------|--------|--------------------------------------|-----------|------------|------|--------------|
|                                    |            |        |                                      |           | Wer        | Wann | Unterschrift |
| Arbeitsplatz,<br>Person, Tätigkeit |            |        | Vorschriften,<br>Betriebsanweisungen |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |
|                                    |            |        |                                      |           |            |      |              |