

Allgemeiner Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn

für Arbeiten Betriebsfremder gemäß Sicherheitsrichtlinie 2

Allgemeiner Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn

Der Allgemeine Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn ergänzt die Richtlinie zur Durchführung von Arbeiten mit schriftlichen Arbeitsgenehmigungen (Sicherheitsrichtlinie 1).

Bei allen Arbeiten, die entsprechend der Sicherheitsrichtlinie 1 (SR1) eine schriftliche Arbeitsgenehmigung (Arbeitsfreigabe/Arbeitserlaubnis) erfordern, muss ein Allgemeiner Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn mit einer vorgegebenen Checkliste, die durch die Partnerfirma vor Arbeitsbeginn ausgefüllt und verantwortlich unterschrieben wird, erfolgen.

Der Allgemeine Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn besteht aus zwei Teilen, Teil A und Teil B:

Der Teil A stellt dabei eine auf die konkrete Arbeitsaufgabe bezogene Kurzbeurteilung der Gefährdungen dar, die bei der Tätigkeit des Partnerfirmen-Mitarbeiters entstehen können. Der Teil A ist durch den Arbeitsverantwortlichen der Partnerfirma vor Beantragung der schriftlichen Arbeitsgenehmigung auszufüllen. Der Sicherheitscheck wird durch einen Mitarbeiter der Infraserv mit Unterschrift zur Kenntnis genommen. Die Verantwortung für die Inhalte des Sicherheitschecks und die Einhaltung der festgelegten Schutzmaßnahmen trägt die Partnerfirma.

Nicht zu beurteilen sind die gegenseitigen Gefährdungen zwischen der Partnerfirma und der Infraserv, deren Gefährdungsbeurteilung im Rahmen der schriftlichen Arbeitsgenehmigung erfolgt.

Der Teil B des Allgemeinen Sicherheitschecks vor Arbeitsbeginn besteht aus sieben Fragen, die in der Arbeitsgruppe der Partnerfirma unmittelbar vor dem Start der eigentlichen Arbeit intern gestellt werden, um gemeinsam die wichtigsten Punkte für die sichere Durchführung der Arbeit durchzugehen.

Der Arbeitsverantwortliche der Partnerfirma bestätigt mit seiner Unterschrift, dass dieser Last-Minute-Check durchgeführt wurde. Die Arbeit darf erst begonnen werden, wenn die betriebliche Freigabe auf der Arbeitsgenehmigung erteilt wurde und wenn der Sicherheitscheck Teil A und B unterschrieben am Arbeitsort vorliegen.

Der gesamte ausgefüllte Sicherheitscheck verbleibt für die Dauer der Arbeiten vor Ort.

Anschließend muss das Formular für 4 Wochen bei der Partnerfirma verwahrt werden.

Allgemeiner Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn für Arbeiten Betriebsfremder gemäß Sicherheitsrichtlinie 2

DATUM:	AF-/AE-SCHEIN-NR:	GEBÄUDE:
ANLAGENTEIL/APPARAT:		AUSFÜHRENDE FIRMA:
AUFTRAGGEBER:		TELEFONNUMMER:

TEIL A: AUSZUFÜLLEN DURCH BEAUFTRAGTEN DER PARTNERFIRMA

1. WELCHE ARBEITEN SIND DURCHFÜHREN? WAS SOLL ICH TUN?

Montage
 Demontage
 Prüfung
 Messung
 Reinigung
 Reparatur
 Sonstiges: _____
 Mein Arbeitsauftrag lautet: _____
 Anzahl der eingesetzten Mitarbeiter: _____

2. WELCHE GERÄTE UND WERKZEUGE PLANE ICH EINZUSETZEN?

<input type="checkbox"/> Allg. Hand-/Montagewerkzeug (ohne motor. Antrieb) <input type="checkbox"/> Bohrmaschine <input type="checkbox"/> Akku-Schrauber/-Bohrer <input type="checkbox"/> Säge <input type="checkbox"/> Hebezeug, Kettenzug <input type="checkbox"/> Kran <input type="checkbox"/> Gabelstapler, Hubwagen	<input type="checkbox"/> Gerüst <input type="checkbox"/> Mobile Arbeitsbühne <input type="checkbox"/> Podestleiter <input type="checkbox"/> Leiter <input type="checkbox"/> Hebebühne/Hubsteiger <input type="checkbox"/> Drucklufterzeuger/Kompressor <input type="checkbox"/> Druckluftwerkzeuge/-geräte <input type="checkbox"/> Heißluftgerät	<input type="checkbox"/> Lötgerät <input type="checkbox"/> Trennschleifer/Flex <input type="checkbox"/> Schweißgerät <input type="checkbox"/> Brenner <input type="checkbox"/> Andere <u>nicht</u> -ex-geschützte elektrische Geräte: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

3. WELCHE MÖGLICHEN GEFAHREN BRINGT MEINE ARBEIT MIT SICH?

<input type="checkbox"/> Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Quetschen, Schneiden <input type="checkbox"/> Erstickungsgefahr <input type="checkbox"/> Zünd-/Brandgefahr <input type="checkbox"/> Schwere Lasten	<input type="checkbox"/> Wegfliegende Partikel/Teile <input type="checkbox"/> Herabfallende Teile <input type="checkbox"/> Enge räumliche Verhältnisse <input type="checkbox"/> Freisetzung von gespeicherter Energie aus Gerät/Apparat	<input type="checkbox"/> Absturzgefahr <input type="checkbox"/> Rutsch-/Stolpergefahr <input type="checkbox"/> Elektrische Gefahren <input type="checkbox"/> Arbeiten unter Spannung <input type="checkbox"/> Freisetzung von Strahlung	<input type="checkbox"/> Lärm (durch die eigene Arbeit) <input type="checkbox"/> Unkontrolliert oder schnell bewegte Teile <input type="checkbox"/> Verbrennungs-/Erfrierungsgefahr <input type="checkbox"/> Freisetzung von gefährlichen Stoffen (z.B. Schweißrauche, Kühlmittel, Dämpfe, Gase, Fasern) <input type="checkbox"/> Wassereinbruch ins Gebäude
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Einsatz mitgebrachter Chemikalien/Gefahrstoffe: _____
 Sonstige: _____

Muss ich für meine Arbeit Schutzabdeckungen an Maschinen/Geräten entfernen?
 Ja => STOP! Rücksprache mit Betrieb!
 Nein

4. WIE SCHÜTZE ICH MICH BEI MEINER ARBEIT ?

T	<input type="checkbox"/> Arbeitsgerüst (freigegeben & geprüft) <input type="checkbox"/> Schutzgerüst <input type="checkbox"/> Geländer/feste Absperrung <input type="checkbox"/> Abdeckung <input type="checkbox"/> Fangnetz <input type="checkbox"/> Belüftung/Gebälse <input type="checkbox"/> Entlüftung/Absaugung <input type="checkbox"/> Schutzwand/-schirm <input type="checkbox"/> Sprechverbindung (z. B. Funk)
O	<input type="checkbox"/> Absperrung Gefahrenbereich <input type="checkbox"/> Absprache/Koordination mit anderen Gewerken/Betrieb (Sicherheitskoordinator) <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz sauber & aufgeräumt halten <input type="checkbox"/> Schwermontage: Si.-Check/Montageanweisung <input type="checkbox"/> Einhalten Arbeits-/Betriebsanweisung (GefahrStoffV, UVV) <input type="checkbox"/> Einhaltung der 5 elektrischen Sicherheitsregeln <input type="checkbox"/> Geprüfte Geräte/Arbeitsmittel (z.B. DGUV Vorschrift 3, DGUV Regel 112-198) <input type="checkbox"/> Einhaltung der 5 elektrischen Sicherheitsregeln <input type="checkbox"/> Gültige medizinische Vorsorge <input type="checkbox"/> Sicherungsposten <input type="checkbox"/> Einweiser
P	<input type="checkbox"/> Allgemeine PSA gemäß Vorschrift am Arbeitsort <input type="checkbox"/> Gehörschutz <input type="checkbox"/> Korbbrille <input type="checkbox"/> Vollgesichtsschutz <input type="checkbox"/> Schweißerschutz <input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe (z. B. Schnitt-, Hitze-, Chem.-Schutz): _____ <input type="checkbox"/> Chemikalienschutzanzug: _____ <input type="checkbox"/> Auffanggurt <input type="checkbox"/> Falldämpfer <input type="checkbox"/> Rückhalteeinrichtung <input type="checkbox"/> Staubmaske (P2/P3) <input type="checkbox"/> Umluftunabh. Atemschutz <input type="checkbox"/> Gebläsehaube, Filtertyp: _____ <input type="checkbox"/> Vollmaske, Filtertyp: _____ <input type="checkbox"/> PSA für Arbeit unter elektr. Spannung
T O P	<input type="checkbox"/> Anlagenteil/Gerät, an dem ich arbeite, durch Betrieb von Energie und Medien freischalten und drucklos stellen (LOTO): <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

ZUSÄTZLICH GELTEN IMMER DIE IN DER ARBEITSGENEHMIGUNG (AF/AE) DES BETRIEBES FESTGELEGTE MASSNAHMEN!

Arbeitsverantwortlicher d. Partnerfirma: _____ (Name)	Kenntnisnahme Betrieb: _____ (Name Betriebs-/OE-Leiter / bevollmächt. Vertreter / Aufsichtführender)
Datum: _____ Unterschrift: _____	Datum: _____ Unterschrift: _____

TEIL B: SICHERHEITSCHECK DIREKT VOR START DER AUSFÜHRUNG DER ARBEIT DURCH DIE AUSFÜHRENDE

WAS IST WICHTIG UM MEINE ARBEIT SICHER AUSZUFÜHREN ? Beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie nicht sicher sind, fragen Sie nach

Wenn Sie eine Frage mit NEIN beantworten: STOP! Arbeit nicht beginnen! Aufsichtführenden des Betriebs ansprechen!	JA	NEIN
Bin ich vom Betrieb eingewiesen und habe ich die betriebliche Sicherheitseinweisung erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiss ich genau, welche Arbeit ich durchzuführen habe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiss ich, wo und wie ich arbeite und habe ich alle notwendigen Vorbereitungen getroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind meine Werkzeuge, Geräte, Kabel, Arbeitsmittel sicher und geprüft (Sichtprüfung vor Gebrauch, ggf. Prüfplakette)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiss ich, wo der nächste Notausgang, Feuerlöscher, Sammelpunkt und ggf. die nächste Notdusche/Augendusche ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halte ich die festgelegten Schutzmaßnahmen aus dem betrieblichen AF-/AE-Schein und meinem Sicherheitscheck Teil A ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KANN ICH MEINE ARBEIT AUF DIESE WEISE SICHER AUSFÜHREN?

JA NEIN

Arbeitsverantwortlicher der Partnerfirma: _____ Datum / Uhrzeit: _____
(Name/Unterschrift)

