

Checkliste Arbeitsschutz

Arbeitsschutz

Formblatt Checkliste

Datum:	Name:
---------------	--------------

	JA	NEIN
Hat der Arbeitsplatz ausreichend Bewegungsfreiheit?		
Ist der Arbeitsplatz gut beleuchtet?		
Ist der Arbeitsplatz gut zugänglich?		
Ist der Arbeitsplatz funktionsgerecht gestaltet?		

Was würden Sie verändern?		

Wird eine persönliche Schutzausrüstung benötigt?		
Was ist nötig?		

Sind die Arbeitsmittel in Ordnung?		

Ist eine Absaugung notwendig?		
Funktionsprüfung		

Welche Gefährdungen treten auf und welche Maßnahmen zum Arbeitsschutz sind erforderlich?
