|  |
| --- |
| 1. Organisationseinheit: 2. Gebäude: .......................................................................................... 3. Verantwortliche/r LeiterIn:.…………………………………..…..StellvertreterIn: *)* 4. BearbeiterIn der Gefährdungsbeurteilung ………………………………………………………… |

1. Wiederkehrende Überprüfung der Gefährdungsbeurteilung
2. Veränderung der Arbeitsbedingungen / Arbeitsmittel
3. Überprüfung aus besonderem Anlass (Unfall, neue Regelungen, neue Erkenntnisse etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Unterschrift: | Überprüfung aus Anlass  (siehe oben): | Keine Maßnahmen erforderlich. Maßnahmen Änderungen / siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |
|  |  | 1 2 3 | Keine Maßnahmen erforderlich  Anlass und Maßnahme siehe Ergänzungsblatt Pkt.: |

| Ergänzungsblatt | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Ergänzungen  vorhandene Defizite / Mängel | Maßnahmen zur deren Beseitigung | Realisierung  bis:  Zuständig: | Mangel beseitigt, Wirksamkeit  geprüft.  Datum  Unterschrift |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |