

Datum:	AF-/AE-Schein-Nr.:	Gebäude:
--------	--------------------	----------

Anlagenteil, Apparat:	Ausführende Firma:
-----------------------	--------------------

**TEIL A: AUSZUFÜLLEN DURCH BEAUFTRAGTE PERSON DER KOOPERATIONSFIRMA**

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

Montage  
  Demontage  
  Prüfung  
  Messung  
  Reinigung  
  Reparatur  
  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mein Arbeitsauftrag lautet: \_\_\_\_\_

Anzahl der eingesetzten Mitarbeitenden: \_\_\_\_\_

**2. Welche Geräte und Werkzeuge plane ich einzusetzen?**

<input type="checkbox"/> Allg. Hand-, Montagewerkzeug (ohne motorischen Antrieb) <input type="checkbox"/> Bohrmaschine <input type="checkbox"/> Akkuschauber, -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"/> Druckluftheizer, 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, nicht-ex-geschützte elektrische Geräte: <input type="checkbox"/> Kunststoffschweißspiegel	<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 eigene Arbeit) <input type="checkbox"/> Unkontrolliert oder schnell bewegte Teile	<input type="checkbox"/> Verbrennungs-, Erfrierungsgefahr <input type="checkbox"/> Freisetzung von gefährlichen Stoffen (z. B. Schweißrauch, Kühlmittel, Dämpfe, Gase, Fasern) <input type="checkbox"/> Wassereintritt ins Gebäude
---	--	--	--

Einsatz mitgebrachter Chemikalien, Gefahrstoffe: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Muss ich für meine Arbeit Schutzabdeckungen an Maschinen oder Geräten entfernen?  
  **Ja ... STOP! Bitte Rücksprache mit Budenheim halten**  
  Nein

**4. Wie schütze ich mich bei meiner Arbeit?**

<b>T</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitsgerüst (freigegeben und geprüft) <input type="checkbox"/> Belüftung, Gebläse	<input type="checkbox"/> Schutzgerüst <input type="checkbox"/> Entlüftung, Absaugung	<input type="checkbox"/> Geländer, feste Absperrung <input type="checkbox"/> Schutzwand, -Schirm	<input type="checkbox"/> Abdeckung <input type="checkbox"/> Sprechverbindung (z. B. Funk)	<input type="checkbox"/> Fangnetz
<b>O</b>	<input type="checkbox"/> Absperrung Gefahrenbereich <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz sauber und aufgeräumt halten <input type="checkbox"/> Einhalten Arbeits-, Betriebsanweisung (GefahrStoffV, UVV) <input type="checkbox"/> Geprüfte Geräte, Arbeitsmittel (z. B. DGUV Vorschrift 3, DGUV Regel 112-198) <input type="checkbox"/> Gültige medizinische Vorsorge		<input type="checkbox"/> Absprache, Koordination mit anderen Gewerken, Betrieb (Sicherheitskoordinator nach DGUV Vorschrift 1) <input type="checkbox"/> Schwermontage: Si.-Check, Montageanweisung <input type="checkbox"/> Einhaltung der fünf elektrischen Sicherheitsregeln <input type="checkbox"/> Sicherheitsposten <input type="checkbox"/> Einweiser		
<b>P</b>	<input type="checkbox"/> Allgemeine PSA gemäß Vorschrift am Arbeitsort <input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe (z. B. Schnitt-, Hitze-, chem.-Schutz): _____ <input type="checkbox"/> Falldämpfer <input type="checkbox"/> Gebläsehaube, Filtertyp: _____	<input type="checkbox"/> Vollgesichtsschutz <input type="checkbox"/> Rückhalteeinrichtung <input type="checkbox"/> Vollmaske, Filtertyp: _____	<input type="checkbox"/> Korbbrille <input type="checkbox"/> Auffanggurt <input type="checkbox"/> Staubmaske (P <sub>2</sub> , P <sub>3</sub> )	<input type="checkbox"/> Gehörschutz <input type="checkbox"/> Chemikalienschutzanzug: <input type="checkbox"/> Umluftunabhängiger Atemschutz <input type="checkbox"/> PSA für Arbeit unter elektr. Spannung	<input type="checkbox"/> Schweißerschutz
<b>T O P</b>	<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!**

<b>Verantwortliche Person der Kooperationsfirma:</b> _____ (Name) Datum: _____    Unterschrift: _____	<b>Kenntnisnahme Budenheim:</b> _____ (Unterschrift der leitenden / bevollmächtigten / aufsichtführenden Person) Datum: _____    Unterschrift: _____
---	--

Anlage 3 ASIG-AA-24-001 Rev. 0.1



## TEIL B: SICHERHEITS-CHECK DIREKT VOR BEGINN DER ARBEITEN

**1. Was ist wichtig, um meine Arbeit sicher auszuführen?** Bitte beantworten Sie alle unteren Fragen. Bei Unklarheiten helfen wir gerne!

WENN SIE EINE DER FOLGENDEN FRAGEN MIT <u>NEIN</u> BEANTWORTEN ... STOP! BITTE DIE AUFSICHTSFÜHRENDE PERSON ANSPRECHEN	JA	NEIN
Habe ich die betriebliche Sicherheitseinweisung von Budenheim erhalten? (z.B. Notruf bei Budenheim: 06139 89 500)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß ich genau, welche Arbeit durchzuführen ist?	<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 Sicherheits-Check Teil A ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Kann ich meine Arbeit auf diese Weise sicher ausführen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verantwortliche Person der Kooperationsfirma: \_\_\_\_\_ Datum & Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Bei einer Arbeitsgruppe (AG) füllt die arbeitsverantwortliche Person der Kooperationsfirma /AG-Leitung den allgemeinen Sicherheits-Check vor Arbeitsbeginn im Namen der AG aus (dann: ich = wir) und stellt Verständnis der Inhalte bei allen AG-Mitgliedern sicher! Teil B wird zusammen mit der AG beantwortet. Ausgefülltes Formular während der Arbeiten vor Ort, danach vier Wochen bei Kooperationsfirma aufbewahren.

bedingungen der Gefährdungsbeurteilung des Teils A noch unverändert gegeben sind.

Wenn dieses gewährleistet ist, so sind nur die sieben Fragen des Teil B (siehe Vorderseite) arbeitstäglich neu mit der allen Mitgliedern der AG vor dem Start der Arbeit durchzugehen.

### Verlängerung des allgemeinen Sicherheits-Checks vor Arbeitsbeginn (für maximal sieben Arbeitstage)

Wenn der unter Teil A 1. (siehe Vorderseite) definierte Arbeitsauftrag – für den die Gefährdungsbeurteilung im Teil A erstellt wurde – länger als einen Tag dauert, kann der erstellte Sicherheits-Check für bis zu maximal sieben Arbeitstage verlängert werden. Hierfür ist arbeitstäglich durch die arbeitsverantwortliche Person der Kooperationsfirma zu prüfen bzw. sicherzustellen, dass die Gegebenheiten und Rand-

Beides ist arbeitstäglich unter Angabe der Nummer der tagesaktuell gültigen betrieblichen Arbeitsgenehmigung (AF-/AE-Schein) durch die arbeitsverantwortliche Person der Kooperationsfirma in nachfolgender Tabelle durch Unterschrift zu bestätigen.

Wenn sich an den Gegebenheiten und Randbedingungen der Gefährdungsbeurteilung des Teils A jedoch Änderungen ergeben haben, so ist der gesamte Sicherheits-Check neu zu erstellen.

Datum	AF-/AE-Schein-Nr.	Teil A noch unverändert gültig?		Teil B durchgegangen und alle Fragen mit »Ja« beantwortet?		Arbeitsverantwortliche Person der Kooperationsfirma	
		JA	NEIN	JA	NEIN	Name	Unterschrift
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**BEI »NEIN« IST EIN NEUER ALLGEMEINER SICHERHEITS-CHECK ERFORDERLICH!**

### Bemerkungen / Ergänzungen
