

Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Betreuung

==> Bitte füllen Sie diesen Fragebogen soweit wie möglich aus, es dauert nur wenige Minuten. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte einfach aus.

1. Allgemeiner Teil

Firma: (Name, Anschrift, Telefon, Homepage)

Ansprechpartner im Betrieb:

Firmenleiter:

Frau/Herr: _____

Tel.Nr.: _____

Ansprechpartner für die Koordination der arbeitsmedizinischen Betreuung:

Frau/Herr: _____

Tel.Nr.: _____

Fachkraft für Arbeitssicherheit:

Frau/Herr: _____

Tel.Nr.: _____

Zuständige BG(en): _____

Mitglieds Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger: _____

Nr. des Unfallversicherungsträgers: _____

Kurzbeschreibung des Betriebes (Freitext):

Welche Arbeitsbereiche gibt es (z.B. Büro, Werkstatt, Labor, Innen-/Außentätigkeit, etc.),

Mitarbeiterstruktur:

Gesamtzahl der Mitarbeiter _____
davon administrativ _____
produktiv _____
Männlich/weiblich M: _____/W: _____

	Ja	Nein
Jugendliche (unter 18 Lj., z.B. Auszubildende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerbehinderte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitszeiten		
Normalarbeitszeit/Gleitzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schichtarbeit, wie z.B. 12 Stunden Wechselschicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nacharbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besonderheiten

Wunsch nach	Ja	Nein
• Einstellungsuntersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Übernahmeuntersuchung für Auszubildende vor Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• unterliegen die Mitarbeiter Untersuchungen aufgrund krebserregender Gefahrstoffe (z.B. Mineralfasern, Asbest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Spezielle Vorsorgeuntersuchungen nach		
• BG-Grundsätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• staatlichen Richtlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• firmeneigene Richtlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Berufserkrankungsverfahren anhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• nach welchen Grundsätzen wird bereits untersucht: _____		

Weitere Angaben, sofern bekannt:

Anzahl Neueinstellungen pro Jahr: _____

Anzahl Begehungen pro Jahr: _____

Wiedereingliederungen pro Jahr: _____

2. Spezieller Teil

Sie wissen schon, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie benötigen?

G	Bezeichnung	Erforderliche Anzahl pro Jahr	Nicht bekannt
G20	Lärm		<input type="checkbox"/>
G25	Fahr-/Steuer-/Überwachung		<input type="checkbox"/>
G26.2	Atenschutz Gruppe 2		<input type="checkbox"/>
G37	Bildschirmarbeit		<input type="checkbox"/>
G41	Absturzgefährdung		<input type="checkbox"/>
G42	Infektionsgefährdung nach Biostoffverordnung		<input type="checkbox"/>
G39	Schweißarbeiten		<input type="checkbox"/>

Im Folgenden drei Fragelisten die sich inhaltlich mit den vorliegenden spezifischen Belastungen in ihrer Firma befassen. **Bitte nur die für Sie zutreffende Frageliste ausfüllen.**

- Sind Mitarbeiter im Betrieb **chemischen Gefahrstoffen** ausgesetzt?
 Bei **Ja**: siehe **Frageliste A**
- Sind Mitarbeiter im Betrieb **physikalischen Gefährdungen** ausgesetzt (Lärm, Strahlung, Schwingungen, Hitze, Kälte, Nässe, Heben und Tragen schwerer Lasten, Stäube)?
 Bei **Ja**: siehe **Frageliste B**
- Sind Mitarbeiter **biologischen Arbeitsstoffen** (Viren, Bakterien, Pilzen oder Parasiten) ausgesetzt?
 Bei **Ja**: siehe **Frageliste C**

Frageliste A: Chemische Gefahrstoffe. Pharmazeutische Wirkstoffe:

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Es besteht Umgang mit krebserzeugenden, erbgutverändernden, reproduktionstoxischen oder allergisierenden Gefahrstoffen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • die wesentlichen Gefahrstoffe / Wirkstoffe sind (bitte Liste beilegen) | | |
| • wieviel Personen sind betroffen und gibt es eine persönliche Schutzausrüstung (in der Liste anmerken) | | |
| • Werden bereits arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Frageliste B: Physikalische Belastungen

- | <u>Gibt es am Arbeitsplatz</u> | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Lärmbelastung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden bereits Messungen sind durchgeführt (Kataster) oder finden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen statt | | |
| Heben und Tragen (LastenhandhabV) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • häufiges oder regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten > 10 (15) kg für Frauen oder > 20 (25) kg für Männer | | |
| Bildschirmarbeitsplätze (BildschirmarbeitsplatzV) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde eine Bildschirmarbeitsplatzanalyse durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vibrationen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ganzkörper- bzw. Hand-Arm-Schwingungen (z.B. Druckluftgeräte) | | |
| Ionisierende Strahlung (Röntgen- bzw. StrahlenschutzV) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Mitarbeiter unterliegen der Strahlenschutzverordnung | | |
| Kälte- / Hitze arbeitsplätze | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Temperatur am Arbeitsplatz andauernd < -25°C oder > 30°C | | |
| Überdruck (DruckluftV) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • > 0,1 kp/cm ² über dem atmosphärischen Druck (z.B. Rettungstaucher) | | |

Frageliste C: Biologische Arbeitsstoffe

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • besteht Umgang mit lebenden biologischen Arbeitsstoffen (Viren, Bakterien, Pilzen, Parasiten, Humanmaterial) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • sind die genannten Arbeitsstoffe der Spezies nach bekannt (welche?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • bestehen verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |