

Allgemeiner Sicherheitscheck vor Arbeitsbeginn

für Arbeiten externer Firmen bei Taifun-Tofu GmbH



Ausführungsdatum:	Gebäude:	Anlageteil/Apparat/Abteilung:
Ausführende Firma:	Vor- und Zuname verantwortlicher Arbeitsausführender: _____ Tel.-Nr.: _____ Mobilnummer _____	

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

- Montage
 Demontage
 Prüfung
 Reinigung
 Reparatur
 Sonstiges _____

Mein Arbeitsauftrag lautet: _____

2. Welche Geräte und Werkzeuge plane ich einzusetzen? (geprüft und sicher mit Prüfsiegel)

<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"/> Druckluftherzeuger/Kompressor <input type="checkbox"/> Druckluftwerkzeug/-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 Geräten/Apparat	<input type="checkbox"/> Absturzgefahr <input type="checkbox"/> Rutsch-/ Stolpergefahr <input type="checkbox"/> Elektrische Gefahren <input type="checkbox"/> Arbeiten unter Spannung <input type="checkbox"/> Freisetzen von Strahlung	<input type="checkbox"/> Lärm (durch eigene Arbeit) <input type="checkbox"/> Unkontrolliert oder schnelle bewegte Teile <input type="checkbox"/> Verbrennungs- /Erfrierungsgefahr <input type="checkbox"/> Freisetzung von gefährlichen Stoffen (z.B. Schweißrauch/ Kühlmittel, Dämpfe, Gase, Fasern) <input type="checkbox"/> Wassereinbruch ins Gebäude
---	--	---	---

- Einsatz von Chemikalien/ Gefahrstoffe: _____
- Sicherheitsdatenblatt/ Betriebsanweisung vorhanden _____
- 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 <input type="checkbox"/> Schutzgerüst <input type="checkbox"/> Geländer/feste Absperrung <input type="checkbox"/> Abdeckung <input type="checkbox"/> Fangnetz (freigegeben & geprüft)
<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 (Sicherheitskoordinator)
<input type="checkbox"/> falls erforderlich 2ter Mitarbeiter zur Aufsicht
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz sauber & aufgeräumt halten <input type="checkbox"/> Schwermontage: Si.-Check/ Montageanweisung
<input type="checkbox"/> Einhalten Arbeits-/Betriebsanweisungen (GefahrstoffV, UVV) <input type="checkbox"/> Einhalten der 5 elektrischen Sicherheitsregeln
<input type="checkbox"/> Geprüfte Geräte/ Arbeitsmittel (z.B. DGUV V3 / DGUV V 1) <input type="checkbox"/> Sicherungsposten
<input type="checkbox"/> Gültige medizinische Vorsorgemaßnahmen <input type="checkbox"/> Einweiser
<input type="checkbox"/> entsprechende Berechtigungen/Sachkunde ist vorhanden |
| P | <input type="checkbox"/> Allgemeine PSA gemäß Vorschriften 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 Arbeiten 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 des Betriebes festgelegten Maßnahmen

Arbeitsverantwortlicher d. Fremdfirma: _____

Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____

Kenntnisnahme Taifun-Tofu GmbH: _____
(interner Betreuer)

Datum: _____

Unterschrift: _____