

/ Arbeitssicherheitshandbuch für den Einsatz von Fremdfirmen
Anlage 2: Protokoll: Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen

[Ist nach Abschluss der Arbeiten vom Unternehmer auszufüllen]



Auftrags-Nr.:		Ausgeführte Arbeiten:	
Ausführungsort (Gebäude, Anlage, Bauwerk):		Dauer vom:	bis:
Die Durchführung nachstehender Sicherheitsmaßnahmen wird bestätigt:			
1. Einhaltung von Rechtsvorschriften, technischen Regelwerken und sonstigen Vorschriften Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	15. Koordination Arbeitsschutz Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	2. Einhaltung von betrieblichen Anweisungen Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	16. Unterweisungen Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
3. Arbeitsablauf Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	17. Gefährdungsbeurteilungen Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	4. Termintreue Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	18. Dokumentation Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
5. Ausbildungsniveau/Fachkompetenz Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	19. Umweltschutz Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	6. Anzahl der MA auf den Baustellen Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	20. Freischaltverfahren Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
7. Ersthelfer des Auftragnehmers Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	21. Elektrische Sicherheit Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	8. Subunternehmer Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	22. Gefahrstoffe Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
9. Ausführungs- und Arbeitsqualität Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	23. Staubschutz Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	10. Ordnung und Sauberkeit Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	24. Brandschutzmaßnahmen Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
11. Materialqualität Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	25. Lärmimmission Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	12. Werkzeuge und Hilfsmittel Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	26. Gerüste Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
13. PSA Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	27. Nachbesserungsverhalten Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	14. Sicherheitsbewusstsein Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>	28. Positiv <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/>
Störungen/Unfälle:			
Sonstiges:			
Ort: _____		Datum: _____	
Name des Arbeitsverantwortlichen in Druckschrift: _____		Unterschrift: _____	
Firmenstempel:			