

Erfassungsbogen für Beratungsbedarf - Grobanalyse

Firma:

Lfd.-Nr:

.....

.....

.....

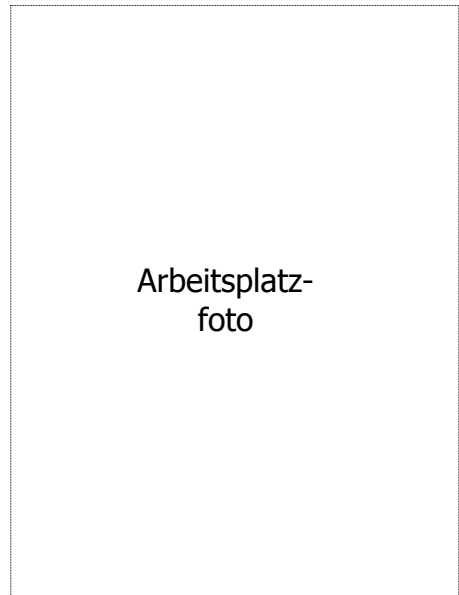
.....

.....

.....

.....

.....



Arbeitsplatz-
foto

.....
Datum

.....
Unterschrift

Kriterienkatalog

	<i>belastend/ gefährdend</i>	<i>neutral</i>	<i>unklar</i>		<i>belastend/ gefährdend</i>	<i>neutral</i>	<i>unklar</i>
Körperstellung – Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mechanische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperstellung - Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektrische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperstellung – Hocken o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefahrstoffumgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfdrehung, -neigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brand- und Explosionsgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzeugen von Kräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biologische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handhaben von Lasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thermische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungsbelastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physikal. Einwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige körperl. Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erforderl. Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monotonie / Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächenbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problembeschreibung:

Beratungsbedarf:



Voraussichtlicher Beratungsinhalt: