|  |  |
| --- | --- |
| Bauvorhaben: |  |
| Bauherrin/Bauherr: |  |
| Ausführendes Unternehmen: |  |
| Notruf auf der Baustelle: |  |
|  |
| **Firma/Ansprechperson** | **Adresse** | **Telefonnummer** | **Mobilnummer** | **Faxnummer** | **E-Mail-Adresse** |
|  |
| Planungsbüro: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Bauherrin/Bauherr: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Projektmanagerin/Projektmanager: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Prüfstatikerin/Prüfstatiker: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Behörden: |
| Unfallversicherungsträger:BG BAU BGHM  |  |  |  |  |  |
| Staatliche Arbeitsschutzbehörde: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma/ Ansprechperson** | **Adresse** | **Telefonnummer** | **Mobilnummer** | **Faxnummer** | **E-Mail-Adresse** |
|  |
| Sicherheit und Gesundheit/Koordination: |
| Sicherheitsfachkraft: |  |  |  |  |  |
| SiGeKo: |  |  |  |  |  |
| Sicherheitsbeauftragte(r): |  |  |  |  |  |
| Erste Hilfe: |
| D-Ärztin/D-Arzt/ Krankenhaus: |  |  |  |  |  |
| Ersthelferin/Ersthelfer: |  |  |  |  |  |
| Aufsichtführende: |
| Bauleitung AG: |  |  |  |  |  |
| Bauleitung AN: |  |  |  |  |  |
| Montageleitung Rohbau: |  |  |  |  |  |
| Montageleitung Ausbau: |  |  |  |  |  |
| Elektrofachkraft |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma/ Ansprechperson** | **Adresse** | **Telefonnummer** | **Mobilnummer** | **Faxnummer** | **E-Mail-Adresse** |
|  |
| Erdarbeiten: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Rohbauarbeiten: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Stahlbauarbeiten: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Gerüstbau: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Dach + Wand: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ausbau: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |