Ermittlung des individuellen Unterweisungsbedarfs

Abteilung / Bereich       Vorgesetzte/r

Für (Name / Vorname)

Funktion / Tätigkeit

Fremdfirma  nein  ja (Firmenname)

Es besteht folgender Schulungs-/Unterweisungsbedarf:

| **Schulungsmaßnahme** | **Themen** |
| --- | --- |
| Unterweisung zum Arbeitsschutz  [nach § 12 ArbSchG, § 9(2) BetrSichV und § 4 DGUV Vorschrift 1] |  |
| Unterweisung bei Tätigkeiten mit Gefahrstoffen (nach § 14 Abs. 2 GefStoffV) |  |
| Unterweisung zur manuellen Handhabung von Lasten (nach § 4 LasthandhabV) |  |
| Unterweisung für Beschäftigte in Lärmbereichen (nach § 11 LärmVibrationsArbSchV) |  |
| Unterweisung aufgrund anderer Gefährdungen / Belastungen (bitte angeben) |  |
| Unterweisung beim Umgang mit Laserstrahlung (nach § 8 (3) BGV B2)) |  |
| Schulung befähigter Personen (nach § 2 (7) BetrSichV) |  |
| Schulung beauftragter Personen (nach § 6 (1) GbV) |  |
| Schulung sonstiger verantwortlicher Personen (nach § 6 (1) GbV) |  |
| Schulung aufgrund einer anderen Rechtsvorschrift (bitte angeben) |  |
| Seminar bei der Berufsgenossenschaft (Sicherheitsbeauftragter, Ausbilder, …) |  |
| SCC-Seminar für operativ tätige Führungskräfte nach Dokument Nr. 017 des SCC-Untersektor­komi­tees der TGA |  |
| SCC-Seminar für operativ tätige Mitarbeiter nach Dokument Nr. 018 des SCC-Untersektor­komi­tees der TGA |  |
| Erste-Hilfe-Grundausbildung / Erste-Hilfe-Training (nach § 26 DGUV Vorschrift 1) |  |
| Berufliche Fortbildung |  |

| **Schulungs-/Unterweisungsanlass** | **Erläuterungen / Bemerkungen** |
| --- | --- |
| Unterweisung vor Aufnahme der Tätigkeit (Erstunterweisung) |  |
| Wiederholungsunterweisung (mindestens einmal jährlich) |  |
| Unterweisung nach Änderung der Tätigkeit |  |
| Unterweisung nach Änderung der Funktion |  |
| Unterweisung bei Änderungen an Maschinen, Anlagen, Verfahren, Arbeitsstoffen, … |  |
| Unterweisung aus besonderem Anlass (Unfall, Störfall, Beinaheunfall, ...) |  |
| Unterweisung nach Fehlverhalten des Beschäftigten (Umgehen von Schutzeinrichtungen, Nichtbenutzen der PSA, …) |  |
| persönliches Interesse des Beschäftigten |  |
| andere Gründe (bitte angeben) |  |

Bemerkungen:

Die Maßnahme sollte

kurzfristig  mittelfristig  längerfristig bis zum       (Datum)

durchgeführt werden.

Datum Unterschrift Vorgesetzte/r Unterschrift Beschäftigter