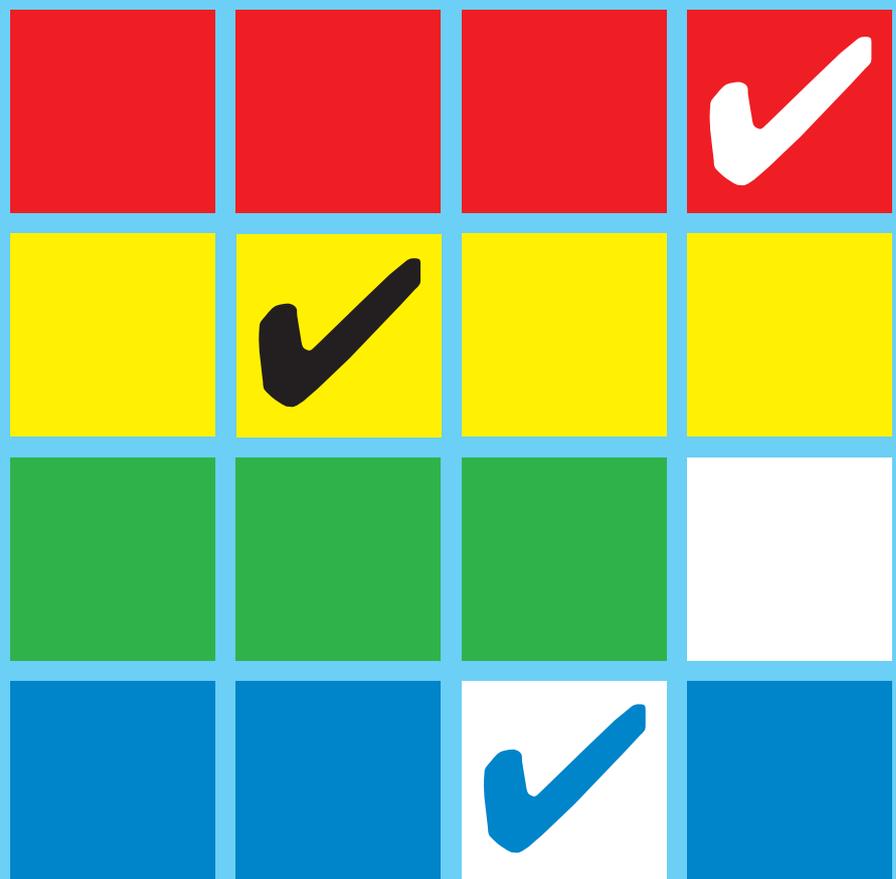


Möglichkeiten der Dokumentation

www.auva.at



Einleitung

Die folgenden Formulare bieten Möglichkeiten der Dokumentation im Rahmen der Arbeitsplatz-evaluierung nach dem AUVA-Verfahren. Wenn die Forderungen von ASchG und DOK-VO erfüllt bleiben, besteht auch durchaus die Möglichkeit, die hier enthaltenen Dokumentationsformulare zu verändern, bzw. sie mit anderen Formularen (z.B. selbst entworfen) zu kombinieren.

Die unter ④ angeführten Formulare, sowie die als „optionell“ bezeichneten Formulare sind hilfreiche „Zusatzdokumente“ und müssen nicht in jedem Fall verwendet werden.

Die unter ③ angeführten Formulare sind (mögliche) Dokumente gem. § 2 Abs. 2 und 3, die bei Bedarf zu erstellen sind.

Inhalt und Aufbau dieser Dokumentationsbroschüre

① Organisatorische Vorarbeiten und Grobanalyse (siehe auch M 040)	
Zuständige Personen für Arbeitsplatz/Bereich/Arbeitsstätte	4
Grobanalyse des Betriebes	5
Beteiligte bei der Arbeitsplatzevaluierung	6
Überblick über Anforderungen in bestimmten Betriebsbereichen (optionell)	7
② Arbeitsplatzbezogene Minimaldokumentation	
Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument gemäß § 5 ASchG (Variante 1)	8
<i>bestehend aus Arbeitsplatzbeschreibung und Maßnahmenblatt</i>	
Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument (Variante 2)	12
<i>bestehend aus Arbeitsplatzbeschreibung und Maßnahmenblatt</i>	
③ Beilageblätter (soweit zutreffend)	
Verzeichnis der gefährlichen Arbeitsstoffe	15
Verzeichnis der prüfpflichtigen Arbeitsmittel	16
Evaluierung nach dem Mutterschutzgesetz	17
Überblick über erfolgte Unterweisungen	18
Personenbezogene Dokumentation über Unterweisungen	19
④ Weitere hilfreiche Dokumente (optionell)	
Kontrollliste (inkl. Zusatzblatt)	20
Detail-Maßnahmenblatt	22
Tätigkeitsbezogene Arbeitsplatzbeschreibung	23
Abnahmeprotokoll	24
Mängelblatt zu Dokument Nr.	25
Dokumentation über PSA	26
Überblick über notwendige PSA	27
Statistik über das betriebliche Unfallgeschehen	28

Beilageblatt „Zuständige Personen“

Arbeitsplatz / Bereich / Arbeitsstätte: _____ Dokument-Nr.: _____

Zuständige Personen sind jedenfalls anzugeben:

Zuständig:	Name:
Evaluierungsbeauftragter	
Sicherheitsvertrauensperson (SVP) 1 für 11- 50 AN 2 für 51- 100 AN 3 für 101- 300 AN	
Sicherheitsfachkraft (SFK)	
Arbeitsmediziner (AM)	

Zuständige Personen sind anzugeben, soweit sie vorhanden sind bzw. aufgrund gesetzlicher Vorschriften bestellt werden müssen:

Zuständig:	Name:
Ersthelfer	
Brandschutzbeauftragter	
Abfall-, Störfall-, Giftbeauftragter	
Laser-, Strahlenschutzbeauftragter	
Aufzugs-, Kesselwärter	
Verantwortlich Beauftragter gem. § 23 ArbStG	
Betriebsleiter	
Abteilungsleiter	
Werkstättenmeister	
Betriebsrat	
Sonstige innerbetriebliche Zuständige für Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes	
Innerbetriebliche Stelle, die nähere Angaben über Personen und Dienste mit besonderen Aufgaben auf diesem Gebiet erteilt:	

Grobanalyse

Überblick über die im Betrieb auftretenden Gefährdungen und Belastungen



Betriebsbereiche (Kontroll-Nr.)																				
Gefährdungsarten																				
Mechanische Gefährdungen	<input type="checkbox"/>																			
Sturz und Absturz	<input type="checkbox"/>																			
Elektrizität	<input type="checkbox"/>																			
Chemische Arbeitsstoffe	<input type="checkbox"/>																			
Biologische Arbeitsstoffe	<input type="checkbox"/>																			
Brand und Explosion	<input type="checkbox"/>																			
Heiße und kalte Stoffe	<input type="checkbox"/>																			
Lärm	<input type="checkbox"/>																			
Staub	<input type="checkbox"/>																			
Vibrationen	<input type="checkbox"/>																			
Strahlung und Felder	<input type="checkbox"/>																			
Klima	<input type="checkbox"/>																			
Sehbedingungen	<input type="checkbox"/>																			
Wahrnehmung/Handhabung	<input type="checkbox"/>																			
Physische Belastungen	<input type="checkbox"/>																			
Psychische/organisatorische Belastungen	<input type="checkbox"/>																			
Besondere Gefährdungen	<input type="checkbox"/>																			

Überblick über Anforderungen in bestimmten Betriebsbereichen



Betriebsbereiche (Kontroll-Nr.) Anforderungen																				
Arbeitsstoffliste	<input type="checkbox"/>																			
Eignungsuntersuchungen	<input type="checkbox"/>																			
Folgeuntersuchungen	<input type="checkbox"/>																			
Untersuchung bei Lärmeinwirkung	<input type="checkbox"/>																			
besondere Untersuchungen	<input type="checkbox"/>																			
Nachweis der Fachkenntnis	<input type="checkbox"/>																			
besondere Kennzeichnung	<input type="checkbox"/>																			
Zutrittsbeschränkung	<input type="checkbox"/>																			
Prüfpflichtige Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/>																			
Wartungspläne	<input type="checkbox"/>																			
Persönliche Schutzausrüstungen	<input type="checkbox"/>																			
Sonstige:	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>																			
	<input type="checkbox"/>																			



Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument

gemäß § 5 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG)

Dieses Dokument muß beim Eintritt von Gründen laut § 4 Abs. 4 und 5 (z.B. Unfall, begründeter Verdacht einer arbeitsbedingten Erkrankung, neue Arbeitsmittel, -stoffe, -verfahren, begründetes Verlangen des Arbeitsinspektorates) überprüft und gegebenenfalls angepaßt werden!

Arbeitsplatz / Bereich /Arbeitsstätte (Tätigkeit)		Dokument-Nr.:
Anzahl der Arbeitnehmer:		
Kurzbeschreibung:		
Ermittlung/Beurteilung durch:	Datum:	
Beigezogene Personen:		
Wenn bei der Festlegung von Maßnahmen zur Gefahrenverhütung ÖNORMEN, europäische Normen (EN), ÖVE-Vorschriften, Unfallverhütungsvorschriften, Technische Richtlinien oder sonstige anerkannte Regeln der Technik zugrundegelegt werden, sind diese anzugeben:		
Maßnahmen beraten:		
Im Arbeitsschutzausschuß (bei mehr als 100 Arbeitnehmern) behandelt:		
Datum:		<input type="checkbox"/>
Wenn kein Arbeitsschutzausschuß besteht:	SFK:	<input type="checkbox"/>
Mit Sicherheitsfachkraft (SFK), Arbeitsmediziner (AM), Sicherheitsvertrauens-	AM:	<input type="checkbox"/>
personen (SVP) und Belegschaftsorganen (BO) beraten:	SVP:	<input type="checkbox"/>
Datum:	BO:	<input type="checkbox"/>
Wenn kein Arbeitsschutzausschuß und keine SVP vorhanden sind:	<input type="checkbox"/>	
Mit allen Arbeitnehmern beraten:	Datum:	
Beilagen:		

Fassung vom:

Angaben zur Arbeitsplatz (personenbezogen)	ja	nein	Hinweis Wenn ja: Welche?
Gibt es Beschäftigungsverbote bzw. -beschränkungen für:			
• Behinderte Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Schwangere und stillende Mütter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Jugendliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Lehrlinge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige personenbezogene Angaben: (z.B. ab wann dürfen Lehrlinge beschäftigt werden, erforderliche besondere Fähigkeiten und Kenntnisse; Behinderungen, mit denen hier nicht gearbeitet werden darf)			

	ja	nein	Hinweis Wenn ja: Welche?
Sind Eignungs- und Folgeuntersuchungen erforderlich? (VGÜ nach 5. Abschnitt ASchG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Fachkenntnisse nachzuweisen? (§ 63 ASchG, z.B. bei Sprengarbeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind persönliche Schutzausrüstungen notwendig? (eventuell Beilage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind • Bereichskennzeichnungen bzw. • Zutrittsbeschränkungen erforderlich?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind Vorkehrungen für ernste und unmittelbare Gefahren erforderlich? (§ 3 Abs. 3 und 4 ASchG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wird mit gefährlichen Arbeitsstoffen gearbeitet? (§§ 40, 42 ASchG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: Verzeichnis erstellen und beilegen*
Bestehen Prüfpflichten? (lt. § 37 ASchG, §§ 6-11 AM-VO z.B. für Krane, Aufzüge, Hebebühnen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: Verzeichnis der Arbeitsmittel erstellen, Prüf- und Wartungspläne beilegen*
Sind • Brandschutzordnung, • Evakuierungspläne und • Explosionsschutzdokument behördlich vorgeschrieben?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja: Dokumente beilegen*

* oder Hinweis auf den Aufbewahrungsort angeben:



Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument Arbeitsplatzbeschreibung

Arbeitsplatz / Bereich: _____ Dokument-Nr.: _____

Arbeitsplatzbeschreibung:	Pläne/Zeichnungen beigelegt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchgeführte Tätigkeiten und Prozesse:	
Zugrundegelegte Normen, Vorschriften, Regeln der Technik:	

	ja	nein	Wenn ja - Unterlagen
Beschäftigung Schwangerer oder stillender Mütter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschäftigung Jugendlicher oder von Lehrlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschäftigung behinderter Arbeitnehmer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Prüfpflichten gem. § 37 ASchG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird mit gefährlichen Arbeitsstoffen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine besondere Untersuchungspflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist ein Nachweis der Fachkenntnis erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist Persönliche Schutzausrüstung zu verwenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Bereichskennzeichnung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine Zutrittsbeschränkung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorkehrungen für ernste und unmittelbare Gefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brandschutzordnung und Evakuierungspläne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Unterlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beilageblatt: Evaluierung nach dem Mutterschutzgesetz

Nach § 2a MSchG sind für Arbeitsplätze, an denen Frauen beschäftigt werden, die **Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit** von werdenden und stillenden Müttern und ihre Auswirkungen auf die Schwangerschaft oder das Stillen zu **ermitteln** und zu **beurteilen**.

Arbeitsplatz / Bereich / Arbeitsstätte: _____ Dokument-Nr.: _____

Vom Arbeitgeber auszufüllen:

Art der Einwirkung/Belastung	Ausmaß (z.B. Schallpegel)	Dauer/Häufigkeit (z.B. Expositionszeit)	Anmerkungen/ Maßnahmen
Stöße, Erschütterungen			
Bewegen schwerer Lasten von Hand			
Lärm			
extreme Kälte oder Hitze			
körperliche Belastung (Bewegungen, Körperhaltungen, Ermüdung)			

Vom Arbeitsmediziner auszufüllen:

Art der Einwirkung/Belastung	Ausmaß (z.B. Schallpegel)	Dauer/Häufigkeit (z.B. Expositionszeit)	Anmerkungen/ Maßnahmen
Strahlungen			
biologische Stoffe (§ 40 ASchG, VbA)			
gesundheitsgefährdende Arbeitsstoffe			
<ul style="list-style-type: none"> ● Herstellung von Auramin ● polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe ● Staub, Rauch oder Nebel beim Umgang mit Nickelmatte ● Stärke-Säure-Verfahren bei der Herstellung von Isopropylalkohol 			

Maßnahme bei Gefährdung:

Ergibt die Beurteilung der Gefahren/Belastungen mögliche nachteilige Auswirkungen ⇒ Änderung der Beschäftigung.
 Änderung aus objektiven Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar ⇒ anderen Arbeitsplatz.
 Kein geeigneter Arbeitsplatz ⇒ Dienstnehmerin von der Arbeit freistellen.



Detail-Maßnahmenblatt

Arbeitsplatz / Bereich:

Dokument-Nr.:

Beschreibung der Gefahr(en):

Beschlossene Maßnahme(n):

Begründungen / Erläuterungen:

Worauf ist bei der Kontrolle der Maßnahmen besonders zu achten?

Teamleiter:

Team:

Unterschrift Teamleiter:

Maßnahmen genehmigt:

Tätigkeitsbezogene Arbeitsplatzbeschreibung



Die folgende Liste kann zusätzlich zum Formular „Arbeitsplatzbeschreibung“ ausgefüllt werden, wenn dies durch die Vielfalt der Tätigkeiten (z.B. im Bereich „Hebebühnen“ von Kfz-Werkstätten) angeraten scheint.

Arbeitsplatz / Bereich: _____ Arbeitnehmer: _____

Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten/Arbeitsprozesse	Art der Tätigkeit (Reparatur, Produktion, ...)	verwendete Arbeitsmittel (Werkzeuge, Maschinen)	Zeit pro Einheit	Einheiten pro Tag
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				



Abnahmeprotokoll

Abnahme durch: _____ Datum: _____

Maschine / Anlage: _____ Type: _____

Hersteller: _____ Dokument-Nr.: _____

Bei der Abnahme beteiligt bzw. anwesend:

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Evaluierungsbeauftragter | <input type="checkbox"/> | Instandhaltung | <input type="checkbox"/> |
| Betreiber (Bereichsmeister) | <input type="checkbox"/> | Hersteller / Lieferant | <input type="checkbox"/> |
| Sicherheitsfachkraft | <input type="checkbox"/> | Konstrukteur / Sachbearbeiter | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsmediziner(in) | <input type="checkbox"/> | Vertreter Firmenleitung | <input type="checkbox"/> |
| Betriebsrat | | | |
| Sicherheitsvertrauensperson(en) | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____ | |

Namen: _____

Gelieferte Unterlagen:

	vorhanden		in Ordnung	
	ja	nein	ja	nein
CE Kennzeichen und Konformitätserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsanleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Zeichnungen und Schaltpläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Festgestellte Mängel:

(Anzahl der zusätzlichen Mängelblätter: _____)

Keine Freigabe

Freigabe ohne Vorbehalt

Freigabe mit Vorbehalt

Wenn, Bedingungen _____

Überblick über notwendige PSA



PHYSIK									CHEMIE					BIOLOGIE					
MECHANIK				THERMIK		ELEKTRIZITÄT	STRAHLEN		LÄRM	AEROSOLE			FLÜSSIGKEITEN		GASDÄMPFE	Pathogene Bakterien	Pathogene Viren	Mykose hervor-rufende Pilze	Nicht bakterielle biologische Antigene
Stürze	Stöße, Schläge, Aufschlag, Druck	Vibrationen	Ausgleiten, Hinfallen	Hitze, Feuer	Kälte		nicht ionisierende	ionisierende		Stäube, Fasern	Rauch	Nebel	Überflutung	Spritzer					

Schädel																		
Gehör																		
Augen																		
Atemwege																		
Gesicht																		
Gesamter Kopf																		
Hand																		
Arm (Teile)																		
Fuß																		
Bein (Teile)																		
Haut																		
Rumpf / Bauch																		
Gesamter Körper																		

Bitte wenden Sie sich in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit bei der Arbeit an den Unfallverhütungsdienst der für Sie zuständigen Landesstelle:

Wien, Niederösterreich und Burgenland:

UVD der Landesstelle Wien
Webergasse 4, 1203 Wien
Telefon (01) 331 33-0 Fax 331 33 293

UVD der Außenstelle St. Pölten
Wiener Straße 54, 3100 St. Pölten
Telefon (02742) 25 89 50-0 Fax 25 89 50 606

UVD der Außenstelle Oberwart
Hauptplatz 11, 7400 Oberwart
Telefon (03352) 353 56-0 Fax 353 56 606

Steiermark und Kärnten:

UVD der Landesstelle Graz
Göstinger Straße 26, 8021 Graz
Telefon (0316) 505-0 Fax 505 2609

UVD der Außenstelle Klagenfurt
Waidmannsdorfer Straße 35, 9021 Klagenfurt
Telefon (0463) 58 90-0 Fax 58 90 5001

Oberösterreich:

UVD der Landesstelle Linz
Blumauer Platz 1, 4021 Linz
Telefon (0732) 69 20-0 Fax 69 20 238

Salzburg, Tirol und Vorarlberg:

UVD der Landesstelle Salzburg
Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5, 5010 Salzburg
Telefon (0662) 21 20-0 Fax 21 20 4450

UVD der Außenstelle Innsbruck
Meinhardstraße 5a, 6020 Innsbruck
Telefon (0512) 520 56-0 Fax 520 56 17

UVD der Außenstelle Dornbirn
Eisengasse 12, 6850 Dornbirn
Telefon (05572) 269 42-0 Fax 269 42 85

www.auva.at