

## **Gefährdungsbeurteilung nach §§ 5, 6 ArbSchG.**

**Betrieb** : KSU

**Bereich** : vor Ort

**Tätigkeitsbereich** : **Wartung von Öl-Wasser-Trennern**

**Beurteilungsart** : **Folgebeurteilung**

**Datum** : **04.01.2016**

Arbeitsumfeldbedingungen					
Besondere Personengruppen					
Beschäftigte unter 18 Jahren	-	Leiharbeitnehmer	-		
Schwerbehinderte	-	Frauen	-		
Gefährdungsbeurteilung					
1. Mechanische Gefährdung	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Absturzgefahr in Gruben / Bodenöffnungen		X			
Herabfallende umstürzende Gegenstände	X		X		
Teile mit gefährlichen Oberflächen		X			
Transport oder bewegte Arbeitsmittel	X		X		
Ungeschützte bewegte Maschinenteile		X			
Unkontrolliert bewegte Teile		X			
2. Elektrische Gefährdung	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Elektromagnetische Felder		X			
Elektrostatische Aufladung		X			
Gefährliche Körperdurchströmung		X			
Lichtbögen (Schweißen)		X			
3. Gefahrstoffe (gefährliche chemische Arbeitsstoffe)	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Dämpfe, Aerosole		X			
Feststoffe		X			
Flüssigkeiten		X			
Gase		X			
Schwebstoffe (Nebel, Rauche, Stäube, Partikel)		X			
Unkontrollierte Reaktionen		X			

s. auch Anweisung  
"vor Ort"

4. Biologische Gefährdungen	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Allergene/ toxische Arbeitsstoffe		X			
Gentechnisch veränderte Organismen		X			
Infektionsgefahr durch biologische Arbeitsstoffe		X			

  

5. Brand- und/ oder Explosionsgefährdung	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Brandfördernde Stoffe		X			
Explosionsgefährdung (explosionsfähige Atmosphäre)		X			
Explosivstoffe (explosionsfähige Stoffe/ Sprengstoffe)		X			
Gefährdung durch Feststoffe		X			
Gefährdung durch Flüssigkeiten, Gase, Dämpfe	X		X		
Zündquellen bei Brand- bzw. Explosionsgefahr		X			

*Koordinator vor Ort  
an sprechen*

  

6. Thermische Gefährdungen	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Kontakt mit heißen Medien		X			
Kontakt mit kalten Medien		X			

7. Physikalische Einwirkungen	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Ganz- oder Teilkörperschwingungen		X			
Ionisierende Strahlung (Röntgen, radioaktiv)		X			
Lärm	X		X		
Nichtionisierende Strahlung (UV, IR, Laser)		X			
Ultraschall		X			
8. Gefährdung durch Arbeitsumgebung	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Beleuchtung (Beleuchtungsstärke, Blendung, Reflexion)	X		X		
Klima (Temperatur, Luftgeschwindigkeit, Wärmestrahlung)	X		X		
Lüftung (Sauerstoffgehalt, Luftwechsel)	X		X		
Raumbedarf/ Verkehrswege	X		X		
9. Physikalische Gefährdung durch Arbeitsschwere	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Arbeiten in engen Räumen oder Behältern		X			
Dynamische Arbeit (Handhaben schwerer Lasten)		X			
Einseitige Arbeit (wiederkehrende Bewegungen)	X		X		
Ergonomische Gestaltungsmängel		X			
Erzwungene Körperhaltung/ Haltearbeit		X			
10. Wahrnehmung und Handhabbarkeit	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Erschwerte Handhabbarkeit von Arbeitsmitteln		X			
Informationsaufnahme	X		X		
Wahrnehmungsaufnahme	X		X		

*Koordinator vor Ort*

*Koordinator vor Ort*

11. Weitere Gefährdungen	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Arbeitsmittel (Benutzung, Wechselwirkung)		X			
Fußböden, Treppen (Trittsicherheit)	X		X		
Psychische Fehlbelastungen		X			
Sturz, Absturz, Ausrutschen	X		X		
Verkehrs- und Transportwege (Zustand)	X		X		

12. Gefährdung durch Absturz von Personen oder Materialien - Fördertechnik	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Betreiben von Aufzügen		X			
Betreiben von Gabelstapler		X			
Betreiben von Krananlagen		X			
Betreiben von Mitgänger Flurförderzeugen		X			
Benutzung von Gabelhubwagen		X			

13. Gefährdung durch Dampf und Druck	Ja	Nein	Gefährdungsbewertung		
			gering	mittel	hoch
Stofffreisetzung mit Austritt von Rauch und Feuer		X			
Undichtigkeit, (unkontrolliertes Austreten von Medien)	X		X	koordinierter Vorort	
Versagen der drucktragenden Wandung		X			

Handlungsbedarf besteht in Bezug auf:	Ja	Nein	Notwendige Maßnahmen	Veranlasst durch:	Realisierung durch:	Realisierung am:	Wirksamkeit geprüft am:																																
Ausbildung/ Schulungen	X		Ersthelfer weiterbilden																																				
Betriebsanweisungen	X		werden laufend überarbeitet																																				
Gestaltung des Arbeitsplatzes		X																																					
Gestaltung des Arbeitsverfahrens		X																																					
Organisatorische Schutzmaßnahmen		X																																					
Personenbezogene Schutzmaßnahmen			<table border="0"> <tr> <td></td> <td><u>Immer</u></td> <td><u>Bei Bedarf</u></td> <td><u>Nie</u></td> </tr> <tr> <td>Sicherheitsschuhe</td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schutzhandschuhe</td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schutzbrille</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gehörschutz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atemschutz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Absturzsicherung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Kopfschutz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>X</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<u>Immer</u>	<u>Bei Bedarf</u>	<u>Nie</u>	Sicherheitsschuhe	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schutzhandschuhe	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	Atemschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	Absturzsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	Kopfschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>				
	<u>Immer</u>	<u>Bei Bedarf</u>	<u>Nie</u>																																				
Sicherheitsschuhe	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Schutzhandschuhe	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>																																				
Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>																																				
Atemschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>																																				
Absturzsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X																																				
Kopfschutz	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>																																				
Technische Schutzmaßnahmen		X																																					
Notwendige Prüfungen	X		Laufende Überprüfung																																				
Unterweisungen	X		Regelmäßige Wiederholungen																																				
Vorsorgeuntersuchungen		X																																					



Datum: 04.01.2016 Unterschrift: