**Checkliste**/Arbeitsanweisung für den Betriebsbesuch

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Begleitende Massnahmen für die gefährlichen Arbeiten | | |
| Betriebsbesuch:  Betrieb: …………………………………………………………………………………………………...................  Adresse: ………………………………………………………………………………………………….................  Gesprächspartner/in: …………………………………………………....……………………………………….....  Datum: ……………………………………….........…………. Zeit: von: …………….bis: ……………………...  Anwesend:  verantwortliche/r Berufsbildner/in  Sicherheitsbeauftragte/r  Fachkraft  ...................... | | |
| Ablauf: | | |
|  |  | Begrüssung | |
|  |  | Begründung des Besuches | |
|  |  | Besichtigung der Arbeitsbereiches | |
|  |  | Gespräch mit Lernenden  werden Sie auf die gefährlichen Arbeiten aufmerksam gemacht?  JA  NEIN  werden Ihnen die begleitenden Massnahmen erklärt?  JA  NEIN  Falls NEIN, was wird unternommen? | |
|  |  | Gespräch mit Fachkraft  bekommen Sie die nötige Zeit, um mit den Lernenden die begleitenden Massnahmen umzusetzen?  JA  NEIN  Falls NEIN, was wird unternommen? | |
|  |  | Werden begleitende Massnahmen sichtbar umgesetzt?  JA  NEIN  Falls NEIN, was wird unternommen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | Sind entsprechende Hinweise bei den Arbeitsplätzen vorhanden?  JA  NEIN  Plakate Kleber  Anweisungen Anderes  Falls NEIN, was wird unternommen? | |
|  |  | Sind Fragen in Zusammenhang mit begleitenden Massnahmen aufgetaucht?  JA  NEIN  Falls JA, was wird unternommen? | |
|  |  | Fragen: | |
| Beurteilung von BI/AB vor Ort: | | |
|  |  | Das Konzept der begleitenden Massnahmen ist nachvollziehbar.  JA  NEIN | |
|  |  | Eine Nachkontrolle ist notwendig. (Frist 3 Monate)  JA  NEIN Zeitraum: ……………………………………………………………………….  Wenn JA, was? | |
| Entscheid: | | |
|  |  | Die bestehende Bildungsbewilligung wird ergänzt oder neu erstellt.  JA  NEIN  Wenn NEIN, Begründung: | |
| Eintrag in Datenverwaltung: | | |
|  |  | Ergänzung der Bildungsbewilligung wurde ausgestellt.  JA Wann: …………………………….. | |
|  |  | Kopie der Ergänzung ist eingescannt.  JA Wer: …….……………………..….. | |
|  |  |  | |
| Bemerkungen/zusätzliche Themen: | | |

Unterschrift BI/AB: ……...……………………................

Nachkontrolle erfolgt am: ……………………………………………

Unterschrift: …….....………………………….................

17.10.2016, su