

# Checkliste Gefährdungsbeurteilung

Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung gem. §§ 5, 6 ArbSchG

Unternehmen:

---

Arbeitsbereich / Tätigkeit:

---

Erstellt durch:

---

Datum:

---

Revision:

---

## 1. Mechanische Gefährdungen

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Ungeschützte bewegliche Maschinenteile	■	■	
Stolper-, Rutsch-, Sturzgefahr	■	■	
Herabfallende Gegenstände	■	■	
Schneid-/Stichverletzungen	■	■	

## 2. Elektrische Gefährdungen

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Defekte Kabel / Steckdosen	■	■	
Fehlende Schutzleiter-Prüfung	■	■	
Elektrostatische Aufladung	■	■	

## 3. Gefahrstoffe

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Umgang mit Chemikalien	■	■	
Fehlende Sicherheitsdatenblätter	■	■	

Unzureichende Absaugung / Lüftung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

#### 4. Biologische Gefährdungen

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Infektionsgefahr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Umgang mit kontaminierten Materialien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

#### 5. Physikalische Gefährdungen

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Lärmbelastung > 80 dB(A)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vibration / Erschütterung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hitze- / Kältebelastung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Unzureichende Beleuchtung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

#### 6. Ergonomie

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Bildschirmarbeitsplatz nicht normgerecht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Heben/Tragen schwerer Lasten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Monotone Zwangshaltungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

#### 7. Psychische Belastungen

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Hohe Arbeitsintensität / Zeitdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Geringe Handlungsspielräume	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Soziale Konflikte / Mobbing	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Gestörte Work-Life-Balance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

## 8. Organisatorische Mängel

Gefährdung	Ja	Nein	Maßnahme
Fehlende Unterweisungen	■	■	
Unklare Verantwortlichkeiten	■	■	
Fehlende PSA	■	■	
Unzureichende Erste-Hilfe-Organisation	■	■	

## Gesamtbewertung / Handlungsbedarf

Bewertung:

---

---

Ersteller (Betriebsarzt/FaSi)

---

Arbeitgeber