|  |  |
| --- | --- |
| DBZ Nr.: | Unternehmen Nr./Kenn Nr./ Datum //Codes |
|  |  (Unternehmen-Nummer1) (Kenn-Nummer) (Ausstellungsdatum2) (Codes3) |

 Datenblatt Zeitarbeitsstellen

Teil A: Vom Benutzer auszufüllen

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen-Nr1.:  | 0XXXXXXXXX |

#  Allgemeine Informationen

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Unternehemens:  | … |
| Anschrift:  | … |
| Name der Kontaktperson:  | … | Tel.:  | … | E-mail:  | … |
| Externer Dienst Arbeitsschutz:  | … |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kenn-Nummer: | Kenn-Nr. |  Ausstellungsdatum2: | Datum |

#  Stellenbeschreibung - Funktion

|  |  |
| --- | --- |
| Titel der Funktion: | … |
| Aufgaben: | … |
| Geforderte Ausbildung und erufserfahrung: | … |
| Einsatzort: | … |
| Arbeitsausrüstung: | … |
| Vorherige inweisung: | … |
| Vorgesehne Ausbildung: | … |

 [ ]  Studentische Mitarbeiter zugelassen

#  Arbeitskleidung und persönliche Schutzaursrüstung (+ Art der Schutzaursrüstung angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Arbeitskittel:… | [ ]  Atemschutz:… | [ ]  Brillen - Shutzschirm:… |
| [ ]  Cremes:… | [ ]  Gehörschutz:… | [ ]  Gürtel/Gurte – Sicherheitsgurt:… |
| [ ]  Handschuhe – Fäustlinge:… | [ ]  Helm:… | [ ]  Hose – Latzhose:… |
| [ ]  Sicherheitsschuhe: … | [ ]  Weste:… | [ ]  Sonstiger:… |

#  Schutzmaßnahmen für Mütter [ ]  Ja [ ]  Nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schwanger Arbeiterin | Ausstattung des Arbeitsplatzes:  | … |
| Verzetzung ab:  | … |
| Stillende Arbeinterin  | Ausstattung des Arbeitsplatzes:  | … |
| Verzetzung für einen Zeintraum von:  | … |

#  Datum der Mitteilung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum der Mitteilung:  | … | [ ]  Komittees DGS | [ ]  Betriebsrats | [ ]  Der direkten beteilgung der arbeiter |
| Datum der Beurteilung durch den Arbeitsschutzbeauftragten – Betriebsarzt:  | … |
| Datum der Beurteilung durch den Arbeitsschutzbeauftragten – Interner Dienst:  | … |

#  Vorgeschriebene Gesundheitsmaßnahmen [ ]  Ja [ ]  Nein

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gesundheitsmaßnahmen | Code4 | JA |
| Stellenbeschreibung - funktion | Sicherheitsdienst Wachdienst Jugendliche unter 18 JahrenNachtarbeitSchicharbeitWochenendarbeit | 125202420252027 | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| Ergonomie | Heben von Lasten / Monotone und repetitive Arbeit | 2022 / 2023 | [ ]  |
| Biologische stoffeImpfungen/test | TetanusTuberkuloseHepatitis B | 131213111321 | [ ] [ ] [ ]  |
| Physikalische einflüsse | Köperschwingungen | 1207 | [ ]  |
| Lärm | ≥ 80dB (A) und < 85dB (A)≥ 85dB (A) und < 87dB (A)≥ 87dB (A) | 120312041205 | [ ] [ ] [ ]  |
| Temperatur | KälteWärme | 12131214 | [ ] [ ]  |
| Chemische stoffe | Schweißrauch | 1128 | [ ]  |
| Sonstige Risiken  | …….. | …….. | [ ]  |

Teil B: Vom der Zeitarbeitsfirma auszufüllen

#  Allgemeine Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| Nam der Zeitarbeitsfirma: | … |
| Anschrift: | … |
| Name der Kontactperson: | … | Tel.: | … | E-mail: | … |
| Externer Dienst Arbeitsschutz: | … |

|  |
| --- |
| … |

#  Allgemeine Angaben – Zeitarbeiter Nationale Registriernummer5:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | … |
| Geburtsdatum: | … | Tel.: | … |
| Abgeschlossene Ausbildungen: | … | Berufserfahrung: | … |
| Datum der Aushändigung einer kommentierten Abschrift an den Zeitarbeiter: | … |

Teil C: Vom Benutzer auszufüllen - Arbeitsbeginn

Nur auszufüllen, wenn das Arbeitsbeschreibungsblatt vom Benutzer am Empfang als Dokument für die Registrierung des Arbeitsbeginn verwendet wird.

#  Verwendet beim Arbeitsbeginn [ ]  Ja [ ]  Nein

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Verantwortlichen am Empfang:… | Position des Verantwortlichen am Empfang:… |
| Unterschrift:… | Anmeldungszeitraum:… |

[www.p-i.be](http://www.p-i.be)