

Formular zur Inanspruchnahme arbeitsmedizinischer Vorsorge an der Hochschule Magdeburg-Stendal

Checkliste zur Übermittlung von Tätigkeiten und Gefährdungen als Informationsquelle für den Betriebsarzt

Zweck des Formulars:

Dieses Formular dient der strukturierten Erfassung und Übermittlung der für die arbeitsmedizinische Vorsorge relevanten Tätigkeiten und Gefährdungen. Es unterstützt den Betriebsarzt bei der Festlegung der erforderlichen arbeitsmedizinischen Beratung sowie gegebenenfalls angebotener oder erforderlicher Untersuchungen.

Grundlage: Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes bzw. der Tätigkeit sowie die Vorgaben der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV).

Inhaltsverzeichnis:

1. Angaben zur Tätigkeit
2. Art der arbeitsmedizinischen Vorsorge
3. Checkliste der Tätigkeiten und Gefährdungen
 - a. Bildschirmarbeit und körperliche Belastungen
 - b. Lärm, Vibrationen und physikalische Einwirkungen
 - c. Gefahrstoffe
 - d. Biologische Arbeitsstoffe / Infektionsgefährdungen
 - e. Atemschutz
 - f. Hautbelastungen und persönliche Schutzausrüstung
 - g. Klima, Hitze und Kälte
 - h. Arbeiten unter besonderen Umgebungsbedingungen
 - i. Auslandstätigkeiten / Tropen / besondere Infektionsgefährdung
 - j. Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten
 - k. Arbeiten mit Absturzgefährdung
 - l. Sonstige besondere Belastungen/ Gefährdungen
4. Weitere Informationen für den Betriebsarzt
5. Übergabe durch Arbeitsschutz / Führungskraft
6. Arbeitsmedizinische Zuordnung vom Betriebsarzt auszufüllen

1. Angaben zur Tätigkeit

Tätigkeit/Funktion:

Arbeitsbereich/Organisationseinheit:

Kurze Beschreibung der Tätigkeit:

Besondere Tätigkeiten bzw. Expositionen:

2. Art der arbeitsmedizinischen Vorsorge

☐ **Pflichtvorsorge**

Die Vorsorge ist aufgrund der vorliegenden Tätigkeit bzw. Exposition zu veranlassen.

☐ **Angebotsvorsorge**

Dem/der Beschäftigten ist aufgrund der Tätigkeit bzw. Exposition arbeitsmedizinische Vorsorge anzubieten.

☐ **Wunschvorsorge**

Der/die Beschäftigte wünscht arbeitsmedizinische Vorsorge aufgrund einer vermuteten Gefährdung im Zusammenhang mit der ausgeübten Tätigkeit.

☐ **Nachgehende Vorsorge**

Vorsorge nach Beendigung einer Tätigkeit mit bestimmten gefährdenden Expositionen.

☐ **Zuordnung durch Betriebsarzt erforderlich**

3. Checkliste der Tätigkeiten und Gefährdungen

a. Bildschirmarbeit und körperliche Belastungen

- ☐ Tätigkeit an Bildschirmgeräten / Bildschirmarbeitsplatz
- ☐ Intensive Bildschirmtätigkeit
- ☐ Erhöhte Belastung des Sehvermögens
- ☐ Tätigkeiten mit ungünstigen Körperhaltungen
- ☐ Häufiges Heben und Tragen von Lasten
- ☐ Manuelle Lastenhandhabung
- ☐ Repetitive Tätigkeiten
- ☐ Erhöhte körperliche Belastung
- ☐ Sonstige ergonomische Belastung: _____

Hinweis an den Betriebsarzt:

Prüfung des Vorsorgebedarfs, insbesondere Beratung sowie ggf. Untersuchung des Sehvermögens bei Bildschirmarbeit.

b. Lärm, Vibrationen und physikalische Einwirkungen

- ☐ Lärmexposition
- ☐ Tages-Lärmexpositionspegel ab 80 dB(A)
- ☐ Tages-Lärmexpositionspegel ab 85 dB(A)
- ☐ Impulslärm
- ☐ Hand-Arm-Vibrationen
- ☐ Ganzkörper-Vibrationen
- ☐ Nichtionisierende Strahlung
- ☐ Künstliche optische Strahlung
- ☐ UV-Strahlung
- ☐ Elektromagnetische Felder
- ☐ Ionisierende Strahlung
- ☐ Sonstige physikalische Einwirkung: _____

Expositionshöhe/-dauer, soweit bekannt:

c. Gefahrstoffe

- ☐ Tätigkeiten mit Gefahrstoffen
- ☐ Hautkontakt mit Gefahrstoffen

- ☐ Inhalative Exposition gegenüber Gefahrstoffen
- ☐ Tätigkeiten mit krebserzeugenden Gefahrstoffen
- ☐ Tätigkeiten mit keimzellmutagenen Gefahrstoffen
- ☐ Tätigkeiten mit reproduktionstoxischen Gefahrstoffen
- ☐ Tätigkeiten mit sensibilisierenden Stoffen
- ☐ Tätigkeiten mit hautschädigenden Stoffen
- ☐ Feuchtarbeit
- ☐ Tätigkeiten mit Stäuben
- ☐ Mineralischer Staub
- ☐ Quarzstaub
- ☐ Asbest
- ☐ Künstliche Mineralfasern
- ☐ Holzstaub
- ☐ Schweißrauche
- ☐ Metallstäube/-rauche
- ☐ Lösemittel
- ☐ Isocyanate
- ☐ Epoxidharze
- ☐ Sonstige Gefahrstoffe: _____

Stoff/Produkt: _____ Exposition/Häufigkeit: _____

d. Biologische Arbeitsstoffe / Infektionsgefährdungen

- ☐ Tätigkeit mit biologischen Arbeitsstoffen
- ☐ Gezielte Tätigkeit mit Biostoffen
- ☐ Nicht gezielte Tätigkeit mit Biostoffen
- ☐ Kontakt zu potenziell infektiösem Material
- ☐ Kontakt zu Blut oder Körperflüssigkeiten
- ☐ Verletzungsgefahr durch kontaminierte Instrumente
- ☐ Tätigkeit in Laboratorien
- ☐ Tätigkeit mit humanen Proben
- ☐ Tätigkeit mit Tieren bzw. tierischem Material
- ☐ Erhöhte Infektionsgefährdung
- ☐ Tätigkeit mit möglicher Exposition gegenüber spezifischen Krankheitserregern

Biostoff/Erreger bzw. Tätigkeit:

Schutz-/Risikogruppe, soweit bekannt: _____

e. Atemschutz

- ☐ Regelmäßiges Tragen von Atemschutzgeräten
- ☐ Partikelfiltrierende Halbmaske
- ☐ FFP2

- ☐ FFP3
- ☐ Halbmaske mit Filter
- ☐ Vollmaske mit Filter
- ☐ Gebläseunterstützter Atemschutz
- ☐ Umluftunabhängiger Atemschutz
- ☐ Atemschutz mit Gerätegewicht bis 3 kg
- ☐ Atemschutz mit Gerätegewicht über 3 kg
- ☐ Sonstiger Atemschutz: _____

Tragedauer/Häufigkeit:

f. Hautbelastungen und persönliche Schutzausrüstung

- ☐ Feuchtarbeit
- ☐ Häufiges Händewaschen
- ☐ Häufige Händedesinfektion
- ☐ Regelmäßiges Tragen flüssigkeitsdichter Schutzhandschuhe
- ☐ Kontakt mit hautreizenden Stoffen
- ☐ Kontakt mit hautsensibilisierenden Stoffen
- ☐ Okklusive Schutzkleidung
- ☐ Sonstige besondere Hautbelastung: _____

Dauer/Häufigkeit:

g. Klima, Hitze und Kälte

- ☐ Hitzearbeit
- ☐ Tätigkeiten unter starker Wärmeeinwirkung
- ☐ Tätigkeiten in Kühlräumen
- ☐ Kältearbeit
- ☐ Tätigkeiten im Freien bei besonderen klimatischen Belastungen
- ☐ Sonstige klimatische Belastung: _____

Dauer/Häufigkeit:

h. Arbeiten unter besonderen Umgebungsbedingungen

- ☐ Arbeiten in sauerstoffreduzierter Atmosphäre
- ☐ Arbeiten unter Überdruck
- ☐ Taucherarbeiten
- ☐ Arbeiten in großen Höhen
- ☐ Arbeiten in engen Räumen/Behältern

- ☐ Arbeiten unter erschwerten Flucht- oder Rettungsbedingungen
 - ☐ Sonstige besondere Umgebungsbedingungen: _____
-

i. Auslandstätigkeiten / Tropen / besondere Infektionsgefährdung

- ☐ Berufliche Tätigkeit im Ausland
- ☐ Tätigkeit in Tropen/Subtropen
- ☐ Tätigkeit in Gebieten mit besonderen klimatischen Belastungen
- ☐ Tätigkeit in Gebieten mit besonderen Infektionsgefährdungen
- ☐ Längerfristiger beruflicher Auslandsaufenthalt

Zielland/-region:

Voraussichtliche Dauer:

Tätigkeit vor Ort:

j. Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten

- ☐ Regelmäßiges Führen von Kraftfahrzeugen
- ☐ Führen von Flurförderzeugen
- ☐ Führen von Kranen/Hebezeugen
- ☐ Steuer- und Überwachungstätigkeiten
- ☐ Tätigkeit mit besonderer Verantwortung für Dritte
- ☐ Tätigkeit mit besonderen Anforderungen an Reaktions-, Seh- oder Hörvermögen
- ☐ Sonstige sicherheitsrelevante Tätigkeit: _____

Wichtiger Hinweis:

Soweit eine Eignungsbeurteilung erforderlich ist, ist diese von der arbeitsmedizinischen Vorsorge organisatorisch und rechtlich zu trennen. Eine Vorsorgebescheinigung enthält grundsätzlich keine Aussage zur gesundheitlichen Eignung für eine bestimmte Tätigkeit.

k. Arbeiten mit Absturzgefährdung

- ☐ Arbeiten mit Absturzgefährdung
- ☐ Arbeiten auf Dächern
- ☐ Arbeiten auf Gerüsten
- ☐ Arbeiten auf Hubarbeitsbühnen
- ☐ Arbeiten auf Masten

- ☐ Arbeiten mit persönlicher Schutzausrüstung gegen Absturz
- ☐ Sonstige Arbeiten mit Absturzgefährdung: _____

Hinweis: Ggf. gesonderte Prüfung einer erforderlichen Eignungsbeurteilung; diese ist von der arbeitsmedizinischen Vorsorge zu unterscheiden.

I. Sonstige besondere Belastungen/Gefährdungen

- ☐ Nacharbeit
 - ☐ Schichtarbeit
 - ☐ Erhöhte psychische Belastung
 - ☐ Alleinarbeit
 - ☐ Tätigkeiten mit erhöhter Verantwortung
 - ☐ Tätigkeiten mit erhöhter Unfallgefährdung
 - ☐ Sonstige Gefährdung/Belastung:
-

4. Weitere Informationen für den Betriebsarzt

Verwendete persönliche Schutzausrüstung:

Expositionsdauer pro Arbeitstag:

Expositionstage pro Woche/Jahr:

Ergebnisse aus Gefährdungsbeurteilung bzw. Messungen:

Weitere relevante Angaben zur Tätigkeit:

5. Übergabe durch Arbeitsschutz / Führungskraft

Die vorstehenden Angaben beschreiben die für die arbeitsmedizinische Beurteilung relevanten Tätigkeiten und Gefährdungen. Die Festlegung des konkreten Umfangs der arbeitsmedizinischen Vorsorge, der Beratung und gegebenenfalls angebotener Untersuchungen erfolgt durch den Betriebsarzt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und nach arbeitsmedizinischer Beurteilung.

Erstellt/übermittelt durch:☐ Fachkraft für Arbeitssicherheit☐ Führungskraft☐ Personalstelle☐ Sonstige: _____**Datum:** _____**Name:** _____**Unterschrift:** _____

Weitere Informationen zum Arbeitsplatz erforderlich:☐ Nein☐ Ja, folgende:

Bemerkungen:

Datenschutz und Vertraulichkeit

Dieses Formular dient ausschließlich der Übermittlung arbeitsplatz- und tätigkeitsbezogener Informationen an den Betriebsarzt. Medizinische Diagnosen, Untersuchungsergebnisse und sonstige der ärztlichen Schweigepflicht unterliegende Informationen werden nicht an den Arbeitgeber oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit übermittelt.

Die Rückmeldung über die durchgeführte arbeitsmedizinische Vorsorge erfolgt im gesetzlich vorgesehenen Umfang durch die Vorsorgebescheinigung.

Terminabsprache

Vereinbarte Termine beim Betriebsarzt sind verbindlich. Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage werden die anfallenden Kosten der Hochschule in Rechnung gestellt. Diese finanziellen Mittel sind dann von der jeweiligen Organisationseinheit zu tragen.