Arbeitsfreigabeschein

[Standortbezeichnung]

Betrieb: _____ Gebäude: _____ Anlageteil: _____

Beschreibung der durchzuführenden Arbeiten: _____

Im Anlagenteil bzw. Betrieb vorkommende Stoffe, die auf die Arbeitsstelle einwirken können (Gefahrenmerkmale ankreuzen):

ätzend	giftig	brennbar	expl.-gef.	sonst. Gef.

Arbeitshinweise / Sicherheitsmaßnahmen

ja	nein		Art der Maßnahmen	ja	nein		Art der Maßnahmen
☐	☐	Anlage entleert, gespült		☐	☐	Elektrische Anlagen gesichert	
☐	☐	Anlage abgesperrt		☐	☐	Atmosphäre geprüft	
☐	☐	Radioaktive Strahlungsquellen gesichert / entfernt		☐	☐	Weitere Maßnahmen	
				☐	☐	Einweisung vor Ort durchgeführt	

ja	nein		Art der Maßnahmen	ja	nein		Art der Maßnahmen
☐	☐	Atemschutz tragen		☐	☐	Weitere Maßnahmen	
☐	☐	Augen-/ Gesichtsschutz tragen					
☐	☐	anderen pers. Körperschutz tragen					
☐	☐	Sicherheitskoordinator bestimmen				Name / Unterschrift	

Bei Wahrnehmungen wie auffallender Geruch, Staub, Unwohlsein, im Alarmfall oder bei besonderen Schwierigkeiten ist die Arbeit unverzüglich einzustellen. Der Arbeitsfreigabeschein verliert seine Gültigkeit. Der Betriebsleiter/bevollm. Vertreter ist zu verständigen.

Gültig von _____ (Tag / Stunde) bis _____ (Tag / Stunde) (Überprüfung nach 24 h) ☐ Verlängerung siehe Rückseite

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Ausführender bei Fremdfirma Beauftragter mit Tel.-Nr.

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter

Verlängerung (Rückseite)

Der Arbeitsfreigabeschein wird verlängert bis

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter

Bei Verlängerung ist zu begründen, warum diese Arbeiten unter den vorgegebenen Bedingungen sicher durchgeführt werden können.

Begründung

Arbeitsbeendigung(Arbeit gemäß Arbeitsfreigabeschein)

Die Arbeit wurde ordnungsgemäß beendet:

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Ausführender / bei Fremdfirma Beauftragter

Übernahme durch Betrieb

Die Arbeitsstelle wurde übernommen:

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter / zur Übernahme berechtigter Mitarbeiter

Aufheben von Sicherheitsmaßnahmen

Die Sicherheitsmaßnahmen wurden aufgehoben:

Datum Uhrzeit Name / Unterschrift Betriebsleiter / bevollmächtigter Vertreter