

Mängelbuch-Nr.	Instandhaltungs-/Demontageauftrags-/ Dekontaminationsauftragsnummer	SIM-Schein-Nr.
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>
Anlagenteil: _____		Anlagenkennzeichnung: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></div>

**1. Allgemeine Festlegungen**

Anfordernde Person/OE/Firma:	Name _____	OE _____	Tel. _____
Ausführende OE/Firma:	_____		
Ausführende/r AvO:	Name _____	OE _____	Tel. _____
Arbeitsort (Gebäude/Raum/Kote):	_____		
Zeitraum der Arbeiten	von: _____	bis: _____	
Durchzuführende Arbeiten:	_____		
_____			
_____			

**2. Notwendige Schutzausrüstung/Schutzmittel**

<b>Atemschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Halbmaske (FFP3)	<input type="checkbox"/> Atemschutzhaube, Typ: _____
<input type="checkbox"/> Vollmaske, Typ: _____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	_____
<b>Augen und Gesichtsschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Schutzbrille	<input type="checkbox"/> Schweißerschutzschirm
<input type="checkbox"/> Schutzhaube	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Schutzschild
<b>Fußschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Sicherheitsschuhe S3	<input type="checkbox"/> Gummistiefel
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Schweißerschutzschuhe
<b>Gehörschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Kapselgehörschutz	<input type="checkbox"/> Gehörschutzstöpsel
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Otoplastiken
<b>Handschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Schutzhandschuh, Typ: _____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	_____
<b>Hautschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Hautschutzmittel	<input type="checkbox"/> Hautreinigungsmittel
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Hautpflegemittel
<b>Kopfschutz:</b>	
<input type="checkbox"/> Anstoßkappe	<input type="checkbox"/> Schutzhelm, Typ: _____
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	_____
<b>PSA gegen Absturz/Hineinfallen/Versinken:</b>	
<input type="checkbox"/> Schutzhelm	<input type="checkbox"/> Auffanggurt
<input type="checkbox"/> mitlaufende Auffanggeräte	<input type="checkbox"/> modulares Hebesystem ( z.B. Dreibock )
<input type="checkbox"/> Rettungsweste	<input type="checkbox"/> Hörsicherungsgerät
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Verbindungsmittel mit Falldämpfer
<b>Schutzkleidung:</b>	
<input type="checkbox"/> Schweißerschutzanzug	<input type="checkbox"/> Warnkleidung
<input type="checkbox"/> Chemikalienschutzanzug, Typ: _____	<input type="checkbox"/> Einwegoverall
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	_____

**3. Zusätzliche Arbeitsschutzmaßnahmen (technisch/organisatorisch/personenbezogen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Notwendige Betriebsanweisungen (BAW)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Freigabe der Arbeiten und festgelegter Arbeitsschutzmaßnahmen**

_____	_____	_____	_____
Name Instandhaltungsmeister/in	OE	Datum	Unterschrift
_____	_____	_____	_____
ggf. Name Sicherheitsfachkraft	OE	Datum	Unterschrift

**6. Aufrechterhaltung der Arbeitsschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz**

_____	_____	_____	_____
Name AvO	OE	Datum	Unterschrift

**7. Unterschrift der mitarbeitenden Personen**

Hiermit versichern die unterschreibenden Personen, die Einweisung erhalten zu haben und die auf der Seite 1 aufgeführten Arbeitsschutzmaßnahmen einzuhalten.

Name	OE	Datum	Unterschrift
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____