Firma: .....

Abteilung: .....

Verantwortlicher: .....

	Arbeitsmittel – Prüfung	sehr schlecht	2	3	4	5	sehr gut
1	Werden Arbeitmittel regelmäßig geprüft?	□	□	□	□	□	□
2	Werden Arbeitsmittel durch befähigte Personen geprüft?	□	□	□	□	□	□
3	Werden die Prüfungen dokumentiert?	□	□	□	□	□	□

	Arbeitsmittel – Ergonomie	sehr schlecht	2	3	4	5	sehr gut
1	Stehen die notwendigen Arbeitsmittel zur Verfügung?	□	□	□	□	□	□
2	Stehen ausreichend Transporthilfsmittel zur Verfügung?	□	□	□	□	□	□
3	Stehen ausreichend Hebehilfen zur Verfügung?	□	□	□	□	□	□
4	Sind die Arbeitsmittel leicht zu handhaben (Gewicht, Abmessungen)?	□	□	□	□	□	□
5	Sind die Arbeitsmittel einfach zu handhaben (Bedienung, Körperhaltung)?	□	□	□	□	□	□

	Arbeitsstätte – Ergonomie	sehr schlecht	2	3	4	5	sehr gut
1	Sind ausreichend Bewegungsflächen vorhanden?	□	□	□	□	□	□
2	Sind ausreichend Arbeitsflächen vorhanden?	□	□	□	□	□	□
3	Sind die Arbeitsplätze ergonomisch günstig gestaltet?	□	□	□	□	□	□