

Ergänzende Beurteilung für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen*

Angaben zum Einsatzort und zum Gefahrstoff

Firma:

Arbeitsbereich:

(Wo der Stoff verwendet wird, z. B. Produktion, Lager, Werkstatt, Labor, Instandhaltung etc.)

Arbeitsplatz:

in Räumen

im Freien

wechselnde Einsatzorte

Gefahrstoffbezeichnung: (Aus dem Gefahrstoffverzeichnis oder Gefahrstoff, der beim Umgang entsteht)

.....

Kennzeichnung:



Mögliche Gefahren:

Signalwort:

Einstufung des Stoffs oder Gemisch: (Abkürzungen)

.....

Einstufung des Stoffs oder Gemisch: (Text)

.....

Art der Freisetzung: (Gas, Dampf, Aerosol, Staub, Rauch etc.)

krebserzeugend (k) Kategorie: 1 A 1B 2

keimzellmutagen (m) Kategorie: 1 A 1B 2

reproduktionstoxisch (r) Kategorie: 1 A 1B 2

Ist der Stoff hautresorptiv: Ja Nein

Wirkt der Stoff sensibilisierend: Haut (Sh) Atmung (Sa) beides (Sah)

Arbeitsplatzgrenzwert oder Beurteilungsmaßstab:(mg/m³)(ppm) (Art)

Biologischer Grenzwert (BGW):(/) im (biologisches Material) (Probenahmezeitpunkt)

Wassergefährdungsklasse: Lagerklasse:

* Dieses Dokument kann als mitgeltende Unterlagen zur Gefährdungsbeurteilung verwendet werden.

Substitution (Ersatzstoff-/Verfahrensprüfung)

Informationen/Quellen zur Bewertung		Erläuterungen zu Punkt 1–3
	Ja Nein	
1. Ist die TRGS 600 bekannt?		
2. Ist ein Stoffverzicht möglich?		
3. Sind Verfahrensänderungen möglich?		
	geprüft	Anmerkungen
TRGS zu Ersatzstoffen (TRGS 600 ff.)		
EGU (Empfehlungen der UVT ³⁵)		
Sicherheitsdatenblatt (Abschnitt 7)		
Technische Merkblätter/Branchenregelungen		
Wie wurde die Ersatzstoffprüfung durchgeführt?		Anmerkungen
Einfaches Maßnahmenkonzept		
Spaltenmodell (TRGS 600)		
Sonstige Prüfung		
Ersatzprodukt/Ersatzstoff		
Ersatzverfahren		
Ergebnis		
Substitution möglich, Ersatzprodukt/-verfahren umgesetzt am:		
Keine Möglichkeit einer Substitution, weil: (weitere Auswahl siehe in der TRGS 600)		
Ersatzlösung technisch nicht geeignet		
Ersatzlösung verringert Gefährdung nicht ausreichend		
Ersatzlösung betrieblich nicht geeignet oder technisch nicht zumutbar		

35 Unterschiedliche Empfehlungen zur Gefährdungsermittlung der Unfallversicherungsträger (EGU) finden Sie unter [www.dguv.de/ifa/praxishilfen/praxishilfen-gefahrstoffe/empfehlungen-gefaehrdungsermittlung-der-unfallversicherungstraeger-\(egu\)/index.jsp](http://www.dguv.de/ifa/praxishilfen/praxishilfen-gefahrstoffe/empfehlungen-gefaehrdungsermittlung-der-unfallversicherungstraeger-(egu)/index.jsp)

Art und Ausmaß der Exposition bei der Verarbeitung

Anwendung

Anzahl der Beschäftigten, die mit dem Stoff/Produkt umgehen:

Verbräuche im Arbeitsbereich (in ml, l, m³, g, kg, t pro Std., pro Schicht):

Dauer der Tätigkeit (in Stunden oder Minuten):

Häufigkeit der Tätigkeit (Anzahl pro Jahr, Schicht, Baustelle usw.):

Hautkontakt möglich: **Nein** **Ja**

(kleinflächig, großflächig, kurzer oder langer Hautkontakt)

lfd. Nr.	Exposition in der Luft am Arbeitsplatz (bezogen auf die Schichtzeit)	Zeitintervall

Bewertung der Exposition in der Luft am Arbeitsplatz

durch Messung

durch Vergleich

aufgrund von Erfahrungswerten (z. B. aus TRGS)

Messung vom

Ergebnis

KM vom

Ergebnis

KM vom

Ergebnis

KM vom

Ergebnis

Befund:

Maßnahmen sind ausreichend. Dies trifft zu, wenn ausschließlich dieser Gefahrstoff über die gesamte Arbeitsschicht verwendet wird. Treten mehrere Gefahrstoffe auf, ist eine Summenbetrachtung gemäß TRGS 402 durchzuführen

Maßnahmen sind nicht ausreichend

.....

Abschluss

Weitere Maßnahmen

Datum

Arbeitsmedizinische Vorsorge ist zu veranlassen

.....

Arbeitsmedizinische Vorsorge ist anzubieten

.....

Aufnahme ins Verzeichnis c,m-Stoffe Kat. 1A/1B

.....

Anzeige an die Behörde GefStoffV Anh. I Nr. 2.4.2 (Asbest)

.....

Auswertungen des Arbeitsmediziners berücksichtigt

.....

Biomonitoring wurde durchgeführt (BGW)

.....

Hinweise aus der letzten Mitarbeiterbefragung berücksichtigt

.....

Wirksamkeitsprüfung

Art der Wirksamkeitsprüfung:

bis wann (Datum):

Ergebnis:

Fachkundige Person:

.....
Name

.....
Unterschrift

Diese Gefährdungsbeurteilung wurde durchgeführt für den Betrieb – Verantwortliche Person

.....
Datum

.....
Name

.....
Unterschrift

Mit Beratung durch – SiFa

.....
Datum

.....
Name

.....
Unterschrift

Unter Mitwirkung – Betriebsarzt/Betriebsärztin

.....
Datum

.....
Name

.....
Unterschrift

Unternehmer/Unternehmerin bzw. Verantwortliche Person

.....
Datum

.....
Name

.....
Unterschrift