|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nummer: | G |  | BETRIEBSANWEISUNG gem. GefStoffV | Betrieb: | Musterbetrieb | |  |
| Bearbeitungsstand: | | 10/23 |  |  |  | |  |
| Arbeitsplatz/Tätigkeitsbereich | | | Musterbereich |  |  | |  |
| **1. GEFAHRSTOFFBEZEICHNUNG** | | | | | | | |
|  | Schweißrauche: Schweißzusätze über 5% Chrom oder Nickel | | | | |  | |
| **2. GEFAHREN FÜR MENSCH UND UMWELT** | | | | | | | |
| Gefahr | * Chrom (VI)-Verbindungen (Chromate) und Nickel im Schweißrauch wirken sensibilisierend und können Allergien bewirken. * Bestimmte Chrom- und Nickelverbindungen können in hoher Konzentration im Atemtrakt Krebs hervorrufen. * Belastung des Atemtrakts durch höhere Schweißrauchkonzentrationen. * Nickel ist wassergefährdend. | | | | |  | |
| **3. SCHUTZMAßNAHMEN UND VERHALTENSREGELN** | | | | | | | |
|  | * Absaugung vor Zünden des Brenners einschalten. * Schweißrauche im Entstehungsbereich absaugen. * Auf Wirksamkeit der Absaugung achten. * Schweißrauch im Atembereich: Atemschutzgerät verwenden. * Schweißerschutzschirm mit Filter gegen die optische Strahlung. * Schweißerschutzkleidung tragen. * Nicht rauchen, essen, trinken und schnupfen. * Täglich Absaugeinrichtung, Schweißgerät und Kabel auf Schäden prüfen (Sicht- und Funktionsprüfung). | | | | |  | |
| **4. VERHALTEN IM GEFAHRFALL** | | | | | | | |
|  | * Bei Ausfall der Absaugeinrichtung sofort Vorgesetzte informieren. * Beschädigte Absaugschläuche ausbessern lassen, beschädigte elektrische Einrichtungen durch Fachkraft reparieren lassen. | | | | |  | |
| **5. ERSTE HILFE** | | | | | | | |
|  | * **Bei jeder Erste-Hilfe-Maßnahme:** Selbstschutz beachten und Rücksprache mit einem Arzt führen. * Beim Einatmen: An frische Luft bringen. Arzt hinzuziehen * Ruhe bewahren * Ersthelfer heranziehen.  Notruf: 112Durchgeführte Erste – Hilfe – Leistungen immer im Verbandsbuch eintragen. | | | | |  | |
| **6. SACHGERECHTE ENTSORGUNG** | | | | | | | |
|  | * Abfälle / Filterstäube in speziellen Behältern sammeln und entsorgen. **Genaue Angabe** | | | | |  | |
|  | Unterschrift:  Unternehmer/Geschäftsleitung  Datum:  Nächster  Überprüfungstermin: | | | | |  | |