

Belastungsermittlung

Physische Belastungen

Arbeitsbereich: _____

Kontroll-Nr.: _____

Ermittlung durch: _____

Datum.: _____

Heben und Tragen	ja	nein	Anmerkungen
händisch Transportiertes ist nicht zu schwer			
Lasten werden richtig gehoben und getragen			
erforderliche Hebezeuge werden verwendet			
Hilfsmittel wie Greifer werden verwendet			
Lasten sind handlich und griffig verpackt			
die pers. Voraussetzungen sind berücksichtigt			
<i>Sonstiges:</i>			

Zwangshaltungen, Einseitigkeit	ja	nein	Anmerkungen
die Arbeitsplätze sind richtig gestaltet			
die Arbeitsabläufe sind geeignet			
das persönliche Verhalten ist richtig			
Sitz- und Arbeitshöhen sind optimal eingestellt			
technische Hilfsmittel werden verwendet			
<i>Sonstiges:</i>			

maßliche Arbeitsplatzgestaltung	ja	nein	Anmerkungen
der vorhandene Platz ist ausreichend			
der Bewegungsfreiraum ist ausreichend			
die Anordnung der Gegenstände ist optimal			
der Hauptarbeitsbereich ist optimal			
<i>Sonstiges:</i>			