# Auftragsannahme

|  |  |
| --- | --- |
| Erstauftrag(mit Erstbesichtigung vor Einsatzbeginn) Auftragsannahme durch  | Folgeauftrag Datum  |
|  |  |
| Einsatzbetrieb Anzuwendender Branchentarif:  |
| Kunden-Nr. Straße  | Auftrags-Nr. PLZ und Ort  |
| Rechnungsanschrift:Name  |
| Straße Telefon Fax Auftrag erteilt von Durchwahl-Tel.  | PLZ und Ort E-Mail Funktion E-Mail  |
| Ansprechperson  |
|  |  |
| Überlassen als: Arbeitsplatz/Arbeitsbereich Zu erreichen Melden bei Uhrzeit  |
|  |  |
| Beginn der Überlassung: Tag Monat Jahr Ende der Überlassung: Tag Monat Jahr  |
|  |  |
| Arbeitszeit Mo bis Do 🞏 von: bis:  Fr 🞏 von: bis:  Sa 🞏 von: bis:  So 🞏 von: bis: Ausnahmegenehmigung liegt vor 🞏 Gesamtstunden Schicht von: bis:  |
|  |  |
| **Tätigkeiten** (umfassend darstellen, auch Nebentätigkeiten)   **Besondere Merkmale der Tätigkeit**    |
|  |  |
| **Erforderliche Qualifikation/Befähigung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin** – zum Beispiel Kenntnisse, Erfahrungen, körperliche Eignung:    |
|  |  |
| **Gefährdungen und Angaben zur Gefährdungsbeurteilung.** Welche Gefährdungen gibt es bei der Tätigkeit?    |

|  |
| --- |
| Aktuelle Gefährdungsbeurteilung des Einsatzbetriebes über den Arbeitsplatz/Arbeitsbereich |
| 🞏 liegt im Zeitarbeitsunternehmen vor 🞏 kann beim Einsatzbetrieb eingesehen werden  | 🞏 wird vom Einsatzbetrieb zur Verfügung gestellt🞏 wird vom Einsatzbetrieb nicht zur Verfügung gestellt |
|  |  |
| Erforderliche Maßnahmen nach § 10 MuSchG nach Angabe des Einsatzbetriebs: |
| 🞏 keine weiteren Schutzmaßnahmen erforderlich 🞏 Aufnahme oder Fortführung der Tätigkeit nicht möglich🞏 Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erforderlich (ergänzende Schutzmaßnahmen) |
|  |  |
| Die Informationen zum Punkt „Gefährdungen und Angaben zur Gefährdungsbeurteilung“ ersetzen nicht eine Arbeitsplatz-besichtigung: 🞏 Arbeitsplatz bekannt 🞏 Arbeitsplatzbesichtigung vorgesehen am: |
|  |  |
| Absprachen mit dem Einsatzbetrieb zu SchutzmaßnahmenDiese Angaben mit der Gefährdungsbeurteilung und den Ergebnissen der Arbeitsplatzbesichtigung vor dem Einsatz abgleichen.**Persönliche Schutzausrüstung (PSA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSA** | **Art** | **EB** | **ZA** | **PSA** | **Art** | **EB** | **ZA** |
| Sicherheitsschuhe |  | 🞏 | 🞏 | Schutzbrille |  | 🞏 | 🞏 |
| Atemschutz |  | 🞏 | 🞏 | Gehörschutz |  | 🞏 | 🞏 |
| Schutzhandschuhe |  | 🞏 | 🞏 | Helm |  | 🞏 | 🞏 |
| Schutzkleidung |  | 🞏 | 🞏 |  |  | 🞏 | 🞏 |
|  |  | 🞏 | 🞏 |  |  | 🞏 | 🞏 |
| ZA = durch Zeitarbeitsunternehmen EB = durch Einsatzbetrieb |

 |
|  |  |
| **Arbeitsmedizinische Vorsorge** Folgende arbeitsmedizinische Vorsorge wird auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung durchgeführt. Ist für die oben genannten Tätigkeiten arbeitsmedizinische Vorsorge erforderlich? 🞏 ja 🞏 nein,wenn ja, welche:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anlass:**(siehe Anhang ArbMedVV) | **Pflichtvorsorge** | **Angebotsvorsorge** | **Durchführung bzw. Angebot vor Tätigkeitsaufnahme durch** |
| **Zeitarbeitsunternehmen** | **Einsatzbetrieb** |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird ermöglicht durch:🞏 Zeitarbeitsunternehmen 🞏 Einsatzbetrieb |

 |
|  |  |
| **Arbeitsmedizinische Eignungsbeurteilung**Sind für die oben genannten Tätigkeiten Eignungsbeurteilungen erforderlich? 🞏 ja 🞏 nein,wenn ja, welche:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezeichnung:** | **Durchführung vor Tätigkeitsaufnahme durch** |
| **Zeitarbeitsunternehmen** | **Einsatzbetrieb** |
|  | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 |

 |
|  |  |
| **Erste Hilfe:**🞏 Wird vom Einsatzbetrieb sichergestellt🞏 Für den Einsatz beteiligt sich das Zeitarbeitsunternehmen an der Ersten Hilfe mit: 🞏 Ersthelfende: 🞏 Erste-Hilfe-Material  |
|  |  |
| **Sicherheitsbeauftragte**🞏 Sicherheitsbeauftragte sind vom Einsatzbetrieb bestellt 🞏 Wir stellen im Einsatzbetrieb ..... eigene Sicherheitsbeauftragte |
|  |  |
| Bemerkungen/eventuelle Maßnahmen   |
|  |  |
| Datum  | Unterschrift  |