# 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 Schutzmaßnahmen  Diese 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 | |