

# Einsatzinformation für die Beschäftigten

**Ihr Zeitarbeitsunternehmen:**

**Ihr Einsatzbetrieb:**

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Wegbeschreibung:**

**Kontaktperson:**

**Telefon:**

Arbeitsaufnahme am:  Tag  Monat  Jahr um: \_\_\_\_\_ Uhr

Arbeitszeit: Mo bis Do von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Fr von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Sa von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
So von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ausnahmegenehmigung liegt vor  
Gesamtstunden Schicht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Sie werden überlassen als:**

**Ihre Tätigkeit:**

**Besondere Merkmale der Tätigkeit:**

**Erforderliche Qualifikation:**

**Erforderliche Persönliche Schutzausrüstung (PSA) für die Tätigkeit:**

PSA	Art	EB	ZA	PSA	Art	EB	ZA
Sicherheitsschuhe				Schutzbrille			
Atemschutz				Gehörschutz			
Schutzhandschuhe				Helm			
Schutzkleidung							

ZA = Erhalten Sie von uns EB = Wird Ihnen vom Einsatzbetrieb ausgehändigt.

## Arbeitsmedizinische Vorsorge:

Für die oben genannte Tätigkeit ist folgende arbeitsmedizinische Vorsorge **vor Aufnahme der Tätigkeit** erforderlich  
beziehungsweise wird Ihnen angeboten:

Anlass: (siehe Anhang ArbMedVV)	Pflicht- vorsorge	Angebots- vorsorge	Durchführung bzw. Angebot vor Tätigkeitsaufnahme durch	
			Zeitarbeitsunternehmen	Einsatzbetrieb

Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird Ihnen ermöglicht durch:

## **Arbeitsmedizinische Eignungsbeurteilung:**

Für die oben genannte Tätigkeit ist folgende Eignungsbeurteilung vor Aufnahme der Tätigkeit erforderlich:

Bezeichnung:	Durchführung vor Tätigkeitsaufnahme durch Zeitarbeitsunternehmen	Einsatzbetrieb

## Sonstiges:

## Hinweise

- Vor Beginn Ihrer Tätigkeit erhalten Sie neben der Unterweisung durch uns eine arbeitsplatzbezogene Unterweisung durch den Einsatzbetrieb.
  - Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine andere als die in dieser Einsatzinformation beschriebene Tätigkeit durchführen sollen.
  - Ihre gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) ist die VBG. Dort sind Sie bei Arbeitsunfällen und Wegeunfällen versichert.
  - Melden Sie bitte alle Arbeits- und Wegeunfälle Ihrem/Ihrer Vorgesetzten im Einsatzbetrieb und informieren Sie umgehend Ihren Disponenten/Ihre Disponentin, Telefon:
  - Bei Arbeitsverhinderung bitten wir Sie umgehend Ihr Zeitarbeitsunternehmen zu informieren.
  - Im Rahmen des in dieser Einsatzinformation beschriebenen Einsatzes werden Sie als Leiharbeitnehmer/Leiharbeitnehmerin tätig.

## Zeitarbeitsunternehmen

### Mitarbeiter/-in