#  Einsatzinformation für die Beschäftigten

|  |
| --- |
| Ihr Zeitarbeitsunternehmen:      |
| Ihr Einsatzbetrieb:      |
| Straße:       PLZ:       Ort:       |
| Wegbeschreibung:       |
| Kontaktperson:       |
| Telefon:       |
| Arbeitsaufnahme am:       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/Befähigung:      |
| 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 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Zeitarbeits-unternehmen | Einsatzbetrieb |
|        |[ ] [ ] [ ] [ ]
|        |[ ] [ ] [ ] [ ]
|        |[ ] [ ] [ ] [ ]

Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird Ihnen ermöglicht durch:[ ]  Zeitarbeitsunternehmen       [ ]  Einsatzbetrieb**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 |