# 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 |