

Datum
Unternehmen / Einrichtung
Betrieb / Betriebsteil

Beteiligte an der Gefährdungsbeurteilung / Ansprechpartner bei Nachfragen

Unternehmer / Führungskraft	Telefon
Mitarbeiter	Telefon
Betriebsrat / Mitarbeitervertretung*	Telefon
Sicherheitsbeauftragter*	Telefon
Betriebsarzt / Arbeitsmediziner	Telefon
Fachkraft für Arbeitssicherheit	Telefon
Weitere Beteiligte	Telefon
	Telefon
	Telefon

* sofern vorhanden

	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt			
Geprüft			
Freigegeben			
Dateiname:	2.15.1_Gefährdungsb.§5ArbSchG.doc		