

Checkliste

## Gefährdungsbeurteilung: Gefahrenarten (Gefährdungsfaktoren)

**Rechts- und Normenverweise:** § 4 und § 5 ArbSchG, § 3 BetrSichV, § 16 GefStoffV, TRBS 1111, TRBS 2111, TRBS 2111-1, TRBS 2121, TRBS 2152-1, TRBS 2152-2, TRGS 400 ff.

Zutreffendes bitte ankreuzen  
**k** = konstruktiv  
**p** = persönlich

**J** = Ja    **N** = Nein  
**s** = sicherheitstechnisch  
**v** = verhaltensbezogen

**o** = organisatorisch

Frage	J	N	Schutzziel					Beschreibung
			k	s	o	p	v	
<b>1 Besteht eine physikalische Gefährdung durch ...</b>								
1.1 ein elektrisches oder magnetisches Feld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 ein elektromagnetisches Feld (niederfrequente Magnetfelder, niederfrequente elektrische Felder, hochfrequente elektromagnetische Felder)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3 Ultraschall, Infraschall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4 Überdruck oder Unterdruck/Vakuum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5 optische Strahlung (z.B. infrarote Strahlung [IR], ultraviolette Strahlung [UV], Laserstrahlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6 ionisierende Strahlung (Röntgenstrahlung, Alpha-, Beta-, Gammastrahlung, Neutronenstrahlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7 Vibrationen (Hand-Arm-Schwingungen, Ganzkörperschwingungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8 Lärm? (ab 85 dB(A) Hörschutz zur Verfügung stellen, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung, ab 90 dB(A) Tragepflicht für Hörschutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2 Besteht eine chemische Gefährdung durch ...</b>								
2.1 organische Lösungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 anorganische Lösungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Säuren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4 Laugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5 Giftstoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6 Lacke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	