**Checkliste für Arbeiten im Freien**

**Checkliste: Arbeiten im Freien**

Arbeitsbereich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beteiligte Personen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allgemein**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Maßnahme/n** |
| Ist bereits eine Gefährdungsbeurteilung zur Arbeit im Freien vorhanden? |  |  |  |
| Wenn ja, sind besondere Personengruppen wie Schwangere, Jugendliche, Schwerbehinderte, ältere Mitarbeiter etc. berücksichtigt? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob bereits Betriebsanweisungen für die Arbeit im Freien existieren? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob bereits eine Unterweisung für die Mitarbeiter zu den Arbeitsbedingungen im Freien erteilt wurde? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Wasser und Waschgelegenheiten zur Arbeit im Freien und auf Baustellen zur Verfügung stehen? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Pausenräume zur Arbeit im Freien zur Verfügung stehen (Baustellenwagen etc.)? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Schutzmöglichkeiten vor Witterung vorhanden ist (Zelt, Unterstand, Einhausung Gerüst etc.)? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Warnkleidung bei Dunkelheit zur Verfügung steht? |  |  |  |
| Wurde zur Arbeit im Freien die Beleuchtung gemäß ASR A3.4 Anhang 2 bei Dunkelheit geprüft? |  |  |  |

**Arbeiten im Freien - Hitze, Wärme**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Maßnahme/n** |
| Wurde geprüft, ob direkte Sonneneinstrahlung vermieden wird, indem zum Beispiel (wenn machbar) nicht direkt in der Sonne gearbeitet wird? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Arbeitsplätze im Freien Sonnenschutzmaßnahmen haben (Sonnensegel, Sonnenschirm etc.) |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Mitarbeiter sich je nach Witterung zeitlich abwechseln können? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Kurzpausen im Schatten eingelegt werden? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob genug Getränke (alkoholfreie) zur Verfügung stehen? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob gegen UV-Strahlung Schutzbrillen zur Verfügung stehen? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob sich ggf. die Arbeitszeit verlagern lässt auf die kühleren Vormittags- oder Abendstunden?  |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Mitarbeiter von Ihrem Betriebsarzt beraten wurden? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Mitarbeiter eigenständig Schutz vor zu viel Sonne und Hitze suchen, z.B. durch Sonnenschutzmittel. Getränke oder Kopfschutz? |  |  |  |

**Arbeiten im Freien - Kälte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Maßnahme/n** |
| Wurde geprüft, ob die Mitarbeiter Ihre Schutzkleidung (Wetterschutz- und Kälteschutzkleidung unter -5°C) erhalten haben? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Schutzkleidung nicht länger als die vorgegebene Zeit getragen wird? |  |  |  |
| Wurde der Zustand der Schutzkleidung geprüft und für gut befunden? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob Aufwärmzeiten festgelegt sind? |  |  |  |
| Wurde geprüft, ob die Mitarbeiter von Ihrem Betriebsarzt beraten wurden?  |  |  |  |
| Wurde geprüft, dass schwangere Mitarbeiterinnen nicht dauerhaft bei Kälte im Freien arbeiten? |  |  |  |