**Prüfung von Gefahrenstellen im Betrieb**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prüffrage** | **Ja** | **Nein** |
| Haben Sie geprüft, ob Arbeitsmittel mit bewegten, ungeschützten Teilen wie z. B. Kreissäge, Presse, Schleifmaschine etc. in Ihrem Betrieb vorhanden sind? |  |  |
| Werden Gefährdungen durch bestimmte Zustände im Betrieb ausgelöst, wie zum z.B. durch Reinigung, Entstörung usw.? |  |  |
| Haben Sie geprüft, ob Mitarbeiter durch das Bedienen der Arbeitsmittel an die Gefahrenstellen kommen können? |  |  |