# Auftragsannahme

|  |  |
| --- | --- |
| Erstauftrag(mit Erstbesichtigung vor Einsatzbeginn) Auftragsannahme durch  | Folgeauftrag Datum  |
|  |  |
| Kundenunternehmen Anzuwendender Branchentarif:  |
| Kunden-Nr. Straße  | Auftrags-Nr. PLZ und Ort  |
| Rechnungsanschrift:Name  |
| Straße Telefon Fax Auftrag erteilt von Durchwahl-Tel.  | PLZ und Ort E-Mail Funktion E-Mail  |
| Ansprechpartner/-in  |
|  |  |
| Überlassen als: Arbeitsplatz/Arbeitsbereich Zur erreichen Melden bei Uhrzeit  |
|  |  |
| Beginn der Überlassung: Tag Monat Jahr Ende der Überlassung: Tag Monat Jahr  |
|  |  |
| Arbeitszeit Mo bis Do 🞏 von: bis:  Fr 🞏 von: bis:  Sa 🞏 von: bis:  So 🞏 von: bis: Ausnahmegenehmigung liegt vor 🞏 Gesamtstunden Schicht von: bis:  |
|  |  |
| Tätigkeiten (umfassend darstellen, auch Nebentätigkeiten)   Besondere Merkmale der Tätigkeit   |
|  |  |
| Erforderliche Qualifikation/Befähigung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin – zum Beispiel Kenntnisse, Erfahrungen, körperliche Eignung:   |
|  |  |
| Gefährdungen und Angaben zur GefährdungsbeurteilungWelche Gefährdungen gibt es bei der Tätigkeit?   |

|  |
| --- |
| Aktuelle Gefährdungsbeurteilung des Kundenunternehmens über den Arbeitsplatz/Arbeitsbereich |
| 🞏 liegt im Zeitarbeitsunternehmen vor 🞏 kann beim Kundenunternehmen eingesehen werden  | 🞏 wird vom Kundenunternehmen zur Verfügung gestellt🞏 wird vom Kundenunternehmen nicht zur Verfügung gestellt |
|  |  |
| Die Informationen zum Punkt „Gefährdungen und Angaben zur Gefährdungsbeurteilung“ ersetzen nicht eine Arbeitsplatz-besichtigung:🞏 Arbeitsplatz bekannt 🞏 Arbeitsplatzbesichtigung vorgesehen am: |
|  |  |
| Absprachen mit dem Kundenunternehmen zu SchutzmaßnahmenDiese Angaben mit der Gefährdungsbeurteilung und den Ergebnissen der Arbeitsplatzbesichtigung vor dem Einsatz abgleichen.Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSA** | **Art** | **EB** | **ZA** | **PSA** | **Art** | **EB** | **ZA** |
| Sicherheitsschuhe |  | 🞏 | 🞏 | Schutzbrille |  | 🞏 | 🞏 |
| Atemschutz |  | 🞏 | 🞏 | Gehörschutz |  | 🞏 | 🞏 |
| Schutzhandschuhe |  | 🞏 | 🞏 | Helm |  | 🞏 | 🞏 |
| Schutzkleidung |  | 🞏 | 🞏 | Arbeitskleidung (nicht PSA) |  | 🞏 | 🞏 |
|  |  |  |  | Sonstige |  | 🞏 | 🞏 |
| ZA = durch Zeitarbeitsunternehmen EB = durch Einsatzbetrieb |

 |
|  |  |
| **Arbeitsmedizinische Vorsorge** Folgende arbeitsmedizinische Vorsorge wird auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung durchgeführt. Ist für die oben genannten Tätigkeiten arbeitsmedizinische Vorsorge erforderlich? 🞏 ja 🞏 neinWenn ja, welche:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anlass:**(siehe Anhang ArbMedVV) | **Pflicht-vorsorge** | **Angebots-vorsorge** | **Durchführung bzw. Angebot vor Tätigkeitsaufnahme durch** |
|  |  |  | Zeitarbeits-unternehmen | Einsatzbetrieb |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Wunschvorsorge nach den Anforderungen der ArbMedVV wird ermöglicht durch:🞏 Zeitarbeitsunternehmen 🞏 Einsatzbetrieb |

 |
|  |  |
| **Eignungsuntersuchung**Ist für die oben genannten Tätigkeiten Eignungsuntersuchung erforderlich? 🞏 ja 🞏 neinWenn ja, welche:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezeichnung:** | **Durchführung vor Tätigkeitsaufnahme durch** |
|  | Zeitarbeitsunternehmen | Einsatzbetrieb |
|  | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 |
|  | 🞏 | 🞏 |

 |
|  |  |
| **Erste Hilfe:**🞏 Wird vom Kundenunternehmen sichergestellt🞏 Für den Einsatz beteiligt sich das Zeitarbeitsunternehmen an der Ersten Hilfe mit: 🞏 Ersthelfende: 🞏 Erste-Hilfe-Material  |
|  |  |
| Sicherheitsbeauftragte🞏 Sicherheitsbeauftragte sind vom Einsatzbetrieb bestellt🞏 Wir stellen im Einsatzbetrieb ..... eigene Sicherheitsbeauftragte |
|  |  |
| Bemerkungen/eventuelle Maßnahmen  |
|  |  |
| Datum  | Unterschrift  |