|  |
| --- |
| **MUSTER: Sibe-Meldung einer Gefährdung / Belastung** |
| Arbeitsbereich: | Name Sibe: | Kopien an:* Vorgesetzten
* Sifa
* Betriebsarzt
* ASA
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Arbeitsplatz: | Datum: |
| **Gefährdungen/Belastung** | **Maßnahmen (Vorschlag)** | **Gesprächspartner** |
|  |  |  |
| **Erledigungsvermerk** | Bemerkungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Datum:Name/Funktion: |