

Ermittelte ergonomische Verbesserungsmaßnahmen

Bereich: _____

Arbeitsplatzbegehung am: _____

Bewertung durch: _____

Arbeitsplatz/ Tätigkeit	Maßnahme/Empfehlung	Maßnahme umsetzbar?	Umsetzung Maßnahmen		Wirksamkeitskontrolle		Maßnahme wirksam?
			Wer?	Bis wann?	Wer	Bis wann?	
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anmerkungen:							
	• Beleuchtung verbessern	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anmerkungen:							
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anmerkungen:							
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	•	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Anmerkungen:							