

Abteilung / Gruppe:		Führungskraft:	
Datum:		Teilnehmer	
Uhrzeit:			
Durchführende/r:			

	nicht i.O.	i.O.	nicht notwendig	festgestellte Mängel	mit der Beseitigung der Mängel beauftragt und Erledigungstermin
1 Arbeitsplätze					
1.1 Ergonomisch geeigneter Arbeitstisch (Ablagefläche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.2 Ergonomisch geeigneter, höhenverstellbarer Stuhl (Rückenlehne / Armablage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.3 Bewegungsfreiheit am Arbeitsplatz > 8 m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.4 Oberflächen frei von Blendung und Reflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.5 Bildschirm, Tastatur, Maus können variabel angeordnet werden, Handballen können aufliegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.6 Eingabemedium ist getrennt vom Monitor (z.B. USB-Tastatur bei Laptop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.7 Bildschirme sind dreh und neigbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.8 Eingabemedien sind dem Bildschirmen zuordenbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.9 Einzelarbeitsplatzleuchten für Arbeitsbereich (min. 500 Lux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
1.10 Bildschirmdarstellung ist kontrastreich, flimmerfrei und die Größe der Arbeitsaufgabe angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

	nicht i.O.	i.O.	nicht notw endi g	festgestellte Mängel	mit der Beseitigung der Mängel beauftragt und Erledigungstermin
1.11 IT-Anbindung und Software ist für Aufgabe geeignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.12 Elektroprüfungen (DGUV Vorschrift 3) an elektrischen Arbeitsmitteln in der Firma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.13 Kontakt und Einbindung zum Team und Kollegen ist bekannt (Skype oder Telefon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.14 Kontakt zur Meldung von Arbeitsunfällen ist bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.15 Meldung bei Schäden und Mängeln an Arbeitsmittel bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.16 Arbeitsmedizinische Vorsorge / Eignung: G37 als Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.17 Gleitzeit zur individuellen Arbeitszeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.18 Abstimmung zu Arbeits- und Pausenzeiten (z.B. Kernarbeitszeiten / Zeiten Homeschooling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Unterschrift Durchführende(r)

Unter Punkt 1-6 festgestellte Mängel sind: <input type="checkbox"/> beseitigt oder <input type="checkbox"/> ins APL-Tool übernommen mit APL-Nummer: _____		
Am:	Bestätigt durch:	
Datum	Druckschrift	Unterschrift

Ausgefülltes Dokument in Kopie an den AMB. Original für mind. 3 Jahre aufbewahren.