|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |