

## Anhang

### ZUSÄTZLICHE ANGABEN FÜR DIENSTGEBER\*INNEN IN BESTIMMTEN BRANCHEN

#### Hinweis:

Dieser Anhang ist nur auszufüllen, wenn im Betrieb

- A.** Arbeiten unter starker Hitze oder Kälte (zB in der Stahlproduktion oder Tiefkühllogistik),
- B.** Arbeiten unter chemischen oder physikalischen Einflüssen oder
- C.** Arbeiten der berufsbedingten Pflege durchgeführt werden.

#### A. ARBEITEN UNTER STARKER HITZE / KÄLTE

Hinweis: Witterungsbedingte Temperaturschwankungen sind nicht relevant!

1. Lag ein **Hitze-Arbeitsplatz** vor (zB Stahlproduktion und Stahlverarbeitung, Gießerei und Schmelzerei, Herstellung von Glas und Keramik, Papiererzeugung)?

nein

ja

Bei welcher Tätigkeit? .....

Dauer in Stunden pro Arbeitstag: .....

Während des Arbeitsvorganges herrschte

- eine durchschnittliche Temperatur von ..... Grad
- eine durchschnittliche Luftfeuchtigkeit von ..... %

2. Lag ein **Kälte-Arbeitsplatz** vor?

Hinweis: Ein Kälte-Arbeitsplatz liegt bei überwiegendem Aufenthalt in begehbaren Kühlräumen **oder** bei ständigem Wechsel zwischen solchen Kühlräumen und sonstigen Arbeitsräumen vor (Kühlraumtemperatur muss unter minus 21 °C liegen).

nein

ja

Bei welcher Tätigkeit? .....

Dauer in Stunden pro Arbeitstag: .....

#### B. CHEMISCHE UND PHYSIKALISCHE EINFLÜSSE

1. Lagen Belastungen durch Erschütterungen (bei Verwendung von Arbeitsgeräten), Chemikalien, Gas, Staub oder Rauch vor?

nein

ja

Welche? .....

Dauer in Stunden pro Arbeitstag: .....

2. Wurden Atemschutzgeräte mehr als 4 Stunden täglich getragen?

nein

ja

Dauer in Stunden pro Arbeitstag: .....

3. Wurden Tauchgeräte mehr als 2 Stunden täglich getragen?

nein

ja

Dauer in Stunden pro Arbeitstag: .....

**C. BERUFSBEDINGTE PFLEGE**

1. Wurden Tätigkeiten zur **berufsbedingten** Pflege von erkrankten oder behinderten Menschen mit besonderem Behandlungs- oder Pflegebedarf verrichtet wie zB in der Hospiz- oder Palliativmedizin, in der Pflege von schwer Demenzerkrankten auf geronto-psychiatrischen Stationen?

nein

ja

2. Wurden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Personen mit einem außergewöhnlichen Pflegebedarf – zumindest in Höhe der Stufe 5 – im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes gepflegt?

nein

ja

Wie viele Stunden pro Arbeitstag war der\*die Dienstnehmer\*in mit der Pflege von Personen mit einem außergewöhnlichen Pflegebedarf beschäftigt?  
.....

**Die Angaben beruhen auf der persönlichen Wahrnehmung von:**

Für den Zeitraum: .....

Name in Blockbuchstaben : .....

Telefonnummer: .....

Adresse: .....

E-Mail-Adresse: .....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift