|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Einrichtung:** |  | | | |
| **Arbeitsbereich:** |  | | | |
| **Biostoffe/**  **Mikroorganismen/ Krankheitserreger:**  Biostoffverzeichnis |  | | | |
| **Höchste Risikogruppe:** | **1** | **2** | **3\*\*** | **3** |
|  |  |  |  |
| Zusätzliche Gefährdung durch sensibilisierendes Potenzial | | | Ja  Nein | |
| Zusätzliche Gefährdung durch toxisches Potenzial | | | Ja  Nein | |
| Sonstige, die Gesundheit schädigende Wirkung | | | Ja  Nein | |
| **Mögliche Übertragungswege:** | | | | |
|  | | | | |
| **Art der Tätigkeit:** | | | | |
| Gezielt  Nicht gezielt | | | | |
| **Art, Dauer, Häufigkeit der Exposition:** | | | | |
|  | | | | |
| **Liegen tätigkeitsbezogene Erkenntnisse vor? Wenn ja, welche?** | | | | |
| Belastung – Expositionssituation einschließlich psychosozialer Faktoren |  | | | |
| Vorgefallene Unfälle oder Betriebsstörungen |  | | | |
| Arbeitsmedizinische Erkenntnisse |  | | | |
| **Substitution:**  z.B. durch geeignete Verfahren oder Arbeitsinstrumente | Nicht zutreffend beziehungsweise nicht möglich | | | |
| Möglich  **Ergebnis:** | | | |

**Risikogruppe 3\*\*** = Biostoffe, deren Übertragung normalerweise nicht über den Luftweg erfolgt.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bewertung: Zuordnung zu einer Schutzstufe nach § 5 BioStoffV, TRBA 250** | | | | | |
| Schutzstufe 1 | | Schutzstufe 2 | | Schutzstufe 3 | |
| **Erforderliche Schutzmaßnahmen:**  Tätigkeiten in Arbeitsstätten, siehe Kapitel 4 der TRBA 250 | | | | | |
|  | | | | | |
| **Betroffene Beschäftigte:**  (einschließlich gleichgestellter Personen wie Schüler, Praktikanten, Ehrenamtliche etc.) | | | | | |
|  | | | | | |
| **Verfahren zu Unfällen und Betriebsstörungen nach § 13 festgelegt:** | | | | |  |
|  | | | | | |
| **Schriftliche Betriebsanweisung nach § 14 erstellt** **oder Integration in den Hygieneplan oder in eine Verfahrensanweisung:**  (Einbeziehung arbeitsmedizinischer Aspekte) | | | | |  |
|  | | | | | |
| **Unterweisung:**  (vor Aufnahme der Tätigkeit und danach mindestens 1x/Jahr, mündlich)  Dokumentation des Inhalts und des Zeitpunkts, Unterschrift des Beschäftigten | | | | |  |
| **Arbeitsmedizinische Vorsorge:**  (BioStoffV § 12, ArbMedVV, Anhang Teil 2) | | | Pflicht erfolgt | Angebot erfolgt | Nicht relevant |
|  | | | | | |
| **Datum:** | | |  | | |
| **Unterschrift** | | |
| **Wirksamkeit:**  **Ja  Nein** | **Überprüfungsdatum:**  (mind. alle 2 Jahre) | |  | | |
| **Unterschrift** | | |