|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Betriebsteil / Abteilung | Ersteller |
|  |  |  |
| Anlassfall (weshalb wurde die Beurteilung erstellt) | Art der Beurteilung |
|  |  Neuerstellung Überprüfung / Aktualisierung |

|  |
| --- |
| Wer ist der Erstellung beteiligt |
| HauptverantwortungName | Funktion im Unternehmen | Telefon / Mail |
|  |  Unternehmensleitung Abteilungsleitung Führungskraft |  |
| Beteiligte Beschäftigte Name*(mehrere Zeilen möglich)* | Abteilung | Telefon / Mail |
|  |  |  |
| Betriebliche Interessensvertretung |  |  |
| Sicherheitsfachkraft |  |  |
| Arbeitsmediziner/in |  |  |
| Weitere Beteiligte |  |  |
| Mitgeltende Unterlagen |
|  |