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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wer ist der Erstellung beteiligt | | |
| Hauptverantwortung Name | 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 | | |
|  | | |