STM
SERVICE DE SANTÉ
AU TRAVAIL MULTISECTORIEL

BEURTEILUNG DES ARBEITSUMFELDS BESONDERS ANFÄLLIGER MITARBEITER

VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN UND AN DEN ARBEITSMEDIZINER WEITERZULEITEN

INFORMATIONEN ZUM UNTERNEHMEN

Bezeichnung :

Matrikelnummer : → nur für private Haushalte

INFORMATIONEN ZUM ARBEITNEHMER

Geburtsname Vorname

Matrikelnummer
oder Geburtsdatum *jahr* *monat* *tag*

Adresse

Postleitzahl Ort

Beschreibung des Arbeitsplatzes des Arbeitnehmers :

.....

.....

.....

Intervention in einem COVID-19 gefährdeten Umfeld :

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Pflegeheim
- ☐ Andere .....

Wie groß ist der räumliche Abstand zu Kunden / Kollegen ?

..... Meter

Ist eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes möglich ?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte näher erläutern :

.....

.....

.....

.....

Welche Schutzmittel stehen dem Arbeitnehmer zur Verfügung ?

- ☐ OP-Masken
- ☐ FFP2-Masken
- ☐ Handschuhe
- ☐ Schutzkleidung
- ☐ Umkleideraum vorhanden
- ☐ Gesichtsschutzschirme
- ☐ Händedesinfektionsmittel
- ☐ Waschbecken
- ☐ Andere .....

.....

Ich, der/die Unterzeichnende, Herr/Frau ..... bestätige hiermit, dass diese Angaben korrekt sind.

Hiermit bescheinige ich, meinen Arbeitnehmer in Kenntnis gesetzt zu haben über:

- ☐ Die zur Verfügung stehenden Schutzmittel
- ☐ Die Umgestaltung des Arbeitplatzes

Ort und Datum ..... **Unterschrift des Arbeitgebers**

Bitte zurücksenden an den STM- 32, rue Glesener L-1630 Luxembourg - secretariat.dir@stm.lu