

Nachweisbogen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung

spätestens einzureichen bis

Ihre Betriebsstätte



bGw

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

1.1 Ich beschäftige kein Personal in meiner Betriebsstätte und unterliege daher nicht der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 4 aus.

1.2 Ich beschäftige Personal in meiner Betriebsstätte und unterliege daher der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 2, 3 und 4 aus.

2. Betriebsstättengröße: bis 10 Beschäftigte über 10 bis 50 Beschäftigte mehr als 50 Beschäftigte

3. Ich habe mich für folgende betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuungsform entschieden:

3.1 **Regelbetreuung in Betrieben mit mehr als 10 Beschäftigten** (gem. Anlage 2, DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch:

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch:

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

3.2 **Regelbetreuung in Betrieben mit bis zu 10 Beschäftigten** (gem. Anlage 1, DGUV Vorschrift 2)

Meine Betriebsstätte wird betriebsärztlich betreut durch:

Name	Erstberater? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend. <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

Meine Betriebsstätte wird sicherheitstechnisch betreut durch:

Name	Erstberater? Bitte ankreuzen, wenn zutreffend. <input type="checkbox"/>
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

3.3 **Alternative bedarfsorientierte Betreuung in Betrieben mit bis zu 50 Beschäftigten**
(gem. Anlage 3, DGUV Vorschrift 2)

Bitte geben Sie an, bei welchem BGW-Kooperationspartner Sie sich zur alternativen Betreuung und Teilnahme an der Motivations- und Informationsmaßnahme (Unternehmensschulung) angemeldet haben.

Name	
Strasse, Hausnr.	
PLZ	Ort

4. Für Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch unter

Ort

Datum

Meine Unterschrift / Stempel