

# 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