

Betriebliche Organisation



- Notfallinformationen Mitarbeiter

Arbeitssicherheit

Position Meister/in Geselle/in Auszubildende/r Praktikant/in

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift, Strasse _____

PLZ, Ort _____

Persönliche Tel.Nr. _____ und/oder _____

Bei einem Unfall oder Krankheitsbedingte Reaktion bitte folgende Personen Informieren:

Notfall-Tel.Nr. _____ Ansprech- _____

Notfall-Tel.Nr. _____ partner _____

Notfall-Tel.Nr. _____

Ansprechpartner: Name und Beziehung z.B. Eltern, Ehefrau, Ehemann oder Verwandte

Bei nachfolgenden Auswirkungen von Erkrankungen bitte entsprechend reagieren

Krankheitsbild - Medikamente - Aufbewahrungsort - Handlungshilfe

Eine gültige Fahrerlaubnis die zur Teilnahme am Straßenverkehr berechtigen, liegt vor.

Fahrerlaubnis- klasse	neu	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B96	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C1E	gültig bis:
	alt	<input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 2			gültig bis:	

Bei Verlust der gültigen Fahrerlaubnis ist der Arbeitgeber umgehend hierüber zu Informieren. Veränderungen von sonstigen Notfallinformationen sind im eigenen Interesse sofort dem Arbeitgeber mitzuteilen und werden dann schriftlich dokumentiert.

Datum _____ Ort _____ Unterschrift Arbeitnehmer _____ Unterschrift Arbeitgeber _____