

| | | | |
|----------------------|-------------|---------------------|--|
| Geltungsjahr: | 2017 | Eingang GWC: | |
|----------------------|-------------|---------------------|--|

1. Firma (Hauptsitz)

| | | | |
|---|--------------------------|-------------------|--|
| Firmenname/-bezeichnung: | | | |
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Telefon: | | Fax: | |
| | | Handy: | |
| E-Mail: | | Kreditorennummer: | |
| Anzahl der Beschäftigten im Unternehmen: | | | |
| Davon Beschäftigte, die auf Baustellen eingesetzt werden: | | | |
| Gibt es eine Betriebshaftpflichtversicherung? | <input type="checkbox"/> | Deckungssumme: | |

2. Niederlassung(en)

| | | | |
|------------|--|--------|--|
| Anschrift: | | | |
| | | | |
| Telefon: | | Fax: | |
| | | Handy: | |
| E-Mail: | | | |

3. Gesetzliche Unfallversicherung

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| Zuständige BG: | | | |
| Mitgliedsnummer: | | | |

4. Qualitätsmanagement (falls vorhanden)

| | |
|---|--------------------------|
| Gibt es ein Konzept zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung? | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, auf welcher Grundlage (bitte Norm angeben)? | |
| | |
| Gibt es ein Qualitätsmanagementhandbuch? | <input type="checkbox"/> |
| Werden interne Audits durchgeführt? | <input type="checkbox"/> |
| Erfolgt die Zertifizierung durch ein externes, anerkanntes Unternehmen? | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| Sind die Qualitätsanforderungen für Ihre Einsatzstoffe (Hilfsmittel- und Betriebsstoffe sowie Ausrüstungen) mit Ihren Lieferanten schriftlich vereinbart? | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

| | |
|--|--------------------------|
| Ist durch ein festgelegtes Verfahren sichergestellt, dass bei berechtigten Beanstandungen und Abweichungen von der Spezifikation unverzüglich Maßnahmen zur Fehlervermeidung eingeleitet werden? | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

5. Beauftragte/bestellte Personen

| | |
|---------------------------------------|--|
| Hauptverantwortlicher im Unternehmen: | |
|---------------------------------------|--|

| | |
|-----------|--|
| Funktion: | |
|-----------|--|

| | |
|----------|--|
| Telefon: | |
|----------|--|

| |
|--|
| Benannte Aufsichtsperson(en)/Beschäftigte, denen Pflichten im GAB übertragen wurden: |
|--|

| | | |
|-------|--|--|
| Name: | | |
|-------|--|--|

| | | |
|-----------|--|--|
| Funktion: | | |
|-----------|--|--|

| | | |
|----------|--|--|
| Telefon: | | |
|----------|--|--|

| | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Haben Sie eine Sicherheitsfachkraft bestellt ⁽¹⁾ : | <input type="checkbox"/> | oder das Unternehmermodell gewählt ⁽²⁾ ? | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|---|--------------------------|

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Name ⁽¹⁾ : | | Gewähltes Modell nach DGUV 2 ⁽²⁾ : |
|-----------------------|--|---|

| | | |
|----------------------------|--|----------------|
| Anschrift ⁽¹⁾ : | | ⁽²⁾ |
|----------------------------|--|----------------|

| | | | |
|--------------------------|--|---|--------------------------|
| Telefon ⁽¹⁾ : | | Nachweis ist beigelegt ⁽²⁾ : | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--|---|--------------------------|

| | |
|-------------------------------------|--|
| Anzahl der Sicherheitsbeauftragten: | |
|-------------------------------------|--|

| Name | Name | Name |
|------|------|------|
| | | |

| | |
|------------------------|--|
| Anzahl der Ersthelfer: | |
|------------------------|--|

| Name | Name | Name | Name |
|------|------|------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|-------------------------------|--|
| Wann war die letzte Schulung? | |
|-------------------------------|--|

| | |
|---|--------------------------|
| Ist sichergestellt, dass auf jeder Baustelle ein Ersthelfer anwesend ist? | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

| | | | | |
|---|------|--------------------------|------|--------------------------|
| Anzahl der Brandschutzhelfer: | | | | |
| Name | Name | Name | Name | |
| | | | | |
| QM-Beauftragte(r): | | | | |
| Schweißaufsichtsperson: | | | | |
| Wurden andere Sachkundige im Unternehmen benannt? | | | | |
| Nach Vorschrift | Name | Telefon | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 6. Unterweisungen | | | | |
| Werden regelmäßig Unterweisungen durchgeführt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| Wie oft werden diese durchgeführt (viertel-, halb- oder jährlich) | | | | |
| Ist sichergestellt, dass alle Beschäftigten an den Unterweisungen teilnehmen können? | | | | <input type="checkbox"/> |
| Werden Nachbelehrungen bei Bedarf durchgeführt? | | | | <input type="checkbox"/> |
| Werden spezifische Unterweisungen durchgeführt, die auf die Gegebenheiten der Auftraggeber abgestimmt sind? | | | | <input type="checkbox"/> |
| Werden praktische Übungen durchgeführt (z. B. richtig Heben und Tragen, Verwendung PSA)? | | | | <input type="checkbox"/> |
| Werden Unterweisungen schriftlich dokumentiert? | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen | | | | |
| Sind Pflichtuntersuchungen vorgesehen? | | <input type="checkbox"/> | | |
| Wenn „ja“ – welche? | | | | |
| Sind Angebotsuntersuchungen vorgesehen? | | <input type="checkbox"/> | | |
| Wenn „ja“ – welche? | | | | |
| Sind Eignungsuntersuchungen vorgesehen? | | <input type="checkbox"/> | | |
| Wenn „ja“ – welche? | | | | |

| | |
|---|--------------------------|
| Sind Wunschuntersuchungen vorgesehen? | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „ja“ – welche? | |
| Ist ein Betriebsarzt bestellt? | <input type="checkbox"/> |
| Anschrift: | |
| Liegen notwendige Bescheinigungen vor? | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gefährdungsbeurteilungen | |
| Liegen im Unternehmen Gefährdungsanalysen für alle am Bau durchgeführten Tätigkeiten vor? | <input type="checkbox"/> |
| Liegt im Unternehmen die Gefährdungsanalyse für den Umgang mit Gefahrstoffen vor? | <input type="checkbox"/> |
| Liegen im Unternehmen die Gefährdungsanalysen für die verwendeten Arbeitsmittel vor? | <input type="checkbox"/> |
| Wurden daraus Arbeitsschutzmaßnahmen abgeleitet? | <input type="checkbox"/> |
| Wurde daraus abgeleitet, welche PSA zur Verfügung gestellt wird? | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „ja“ – welche? | |
| | |
| | |
| | |
| Wurden daraus Prüffristen für die Arbeits- und Betriebsmittel abgeleitet? | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „ja“ – in welchen Abständen? | |
| Elektrische Betriebsmittel: | |
| Leitern: | |
| Fallschutzmittel: | |
| Schweißtechnik: | |
| Hebezeuge: | |
| | |
| | |

| | |
|---|--------------------------|
| Werden diese eingehalten? | <input type="checkbox"/> |
| Gibt es die entsprechenden Prüfnachweise? | <input type="checkbox"/> |
| 9. Mittel und Einrichtung zur Ersten Hilfe/Brandbekämpfung | |
| Sind ausreichend Feuerlöscher im Unternehmen vorhanden? | <input type="checkbox"/> |
| Werden diese regelmäßig geprüft? | <input type="checkbox"/> |
| Sind Erste-Hilfe-Mittel vorhanden (Verbandkästen, Mittel zur Alarmierung)? | <input type="checkbox"/> |
| 10. Zulassungen/Berechtigungen | |
| Liegen Zulassungen/Berechtigungen vor? | <input type="checkbox"/> |
| Rohrleitungsbau: | <input type="checkbox"/> |
| Schweißarbeiten: | <input type="checkbox"/> |
| Asbestsanierung (fest gebunden): | <input type="checkbox"/> |
| Asbestsanierung (leicht gebunden): | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| Schweißerpässe: | <input type="checkbox"/> |
| Berechtigungsschein Krane: | <input type="checkbox"/> |
| Berechtigungsschein Hebezeuge: | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sonstiges | |
| Benötigte Lagerfläche auf einer Baustelle: | |
| Wie erfolgt der Umgang/die Lagerung von wassergefährlichen Stoffen? | |
| | |
| Sind die dafür genutzten Lagereinrichtungen richtig und ausreichend gekennzeichnet? | <input type="checkbox"/> |
| Wie erfolgt die zeitlich befristete Lagerung von Abfällen? | |
| | |
| Können durch zeitlich befristete Materiallagerungen Geruchsbelästigungen/ | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---------------------------------|--|
| Luftverunreinigungen entstehen? | |
|---------------------------------|--|

| |
|--|
| Wie erfolgt die Lagerung von Luft- und Sauerstoff-Flaschenbatterien? |
| |

12. Unfallstatistik

| | |
|--|--|
| Anzahl der Unfälle im vergangenen Jahr (einschließlich Verbandbucheintragungen): | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| davon > 3 Kalendertage Arbeitsunfähigkeit: | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| davon < 3 Kalendertage Arbeitsunfähigkeit: | |
|--|--|

| | |
|--------------------------------|--|
| davon ohne Arbeitsunfähigkeit: | |
|--------------------------------|--|

13. Referenzen

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| Objekt: | | Jahr: | |
|---------|--|-------|--|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tätigkeiten: | | | |
| | | | |

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| Objekt: | | Jahr: | |
|---------|--|-------|--|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tätigkeiten: | | | |
| | | | |

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| Objekt: | | Jahr: | |
|---------|--|-------|--|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tätigkeiten: | | | |
| | | | |

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| Objekt: | | Jahr: | |
|---------|--|-------|--|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tätigkeiten: | | | |
| | | | |

| | | | |
|---------|--|-------|--|
| Objekt: | | Jahr: | |
|---------|--|-------|--|

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| Tätigkeiten: | | | |
|--------------|--|--|--|

| |
|--|
| |
| |

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Unternehmer, dass er alle in den vorgenannten Punkten abgefragten Dokumente/Nachweise – sofern zutreffend – jederzeit auf Verlangen des AG vorlegen kann und wird.

Bindet das Unternehmen Sub-Unternehmer ist der Hauptauftragnehmer dafür verantwortlich, die vorgenannten Punkte zu prüfen und der GWC den Namen der Sicherheitsfachkraft des Sub-Unternehmens zu benennen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Unternehmers/
Firmenstempel