**Formular zum Anpassen:**

**Bestellung der Laserschutzbeauftragten**

**ACHTUNG: Beispiele und wichtige Punkte müssen betriebsspezifisch angepasst werden**

**gemäß § 5 Abs. 2 der Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch künstliche optische Strahlung (OStrV)**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

wird ab dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ für den Betrieb / Bereich

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gemäß § 5 Abs. 2 der (OStrV) zum/zur

Laserschutzbeauftragten bestellt.

**Aufgaben (Beispiele / wichtige Punkte müssen angepasst und ergänzt werden)**

Überwachung des sicheren Betriebs bezüglich des Personenschutzes der folgenden Laser-Einrichtungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Mitwirkung bei der Inbetriebnahme, Service, Wartung der genannten Laser-Einrichtungen
* Motivation von Beschäftigten (Namensliste XX) bezüglich der Einhaltung der Schutzmaßnahmen.

Weisungsbefugnis (relevant falls Funktion mit Weisungsbefugnis verbunden) gegenüber allen Personen in den Laserlaborräumen, an den Laseranlagen bezüglich der Schutzmaßnahmen beim Betrieb der Laser

Unterstützung bei der Erarbeitung oder Änderung der Gefährdungsbeurteilung gemäß §3 (OStrV) in den Arbeitsbereichen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterstützung bei der Festlegung und Durchführung der notwendigen Schutzmaßnahmen mit den Fachkundigen Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Durchführung/Unterstützung der Unterweisung bezüglich der Gefährdung durch Laserstrahlung und notwendiger Maßnahmen an folgenden Arbeitsplätzen (siehe Mitarbeiterliste) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Mitwirkung bei der Erstellung von Betriebsanweisungen im Bereich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Unterstützung der Betriebsärzte bei der arbeitsmedizinischen Beratung

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bei der Organisation der arbeitsmedizinischen Vorsorge, Ersten Hilfe und Beratung zur medizinischen Versorgung bei Augenunfällen gemäß Gefährdungsbeurteilung XXX

Dokumentation der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen:

* Melden von Mängeln und ggf. Stillsetzen der Laser-Einrichtung an den/die Abteilungsleiter/in und Geschäftsführer/in Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Mitwirkung bei der Prüfung der Laser-Einrichtungen und persönlicher Schutzausrüstung
* Organisation von Wartungsarbeiten – Zusammenarbeit mit Fremdfirmen
* Regelmäßige Überprüfung vor Ort (z. B. min. einmal pro Woche / einmal pro Monat / Arbeitstäglich) - Anlass bezogene Begehungen

Enge Zusammenarbeit mit Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten

* Mitwirkung und Beratung bezüglich der Auswahl und Inhalte von Unterweisungen bei allen Mitarbeitern bezüglich „Laserstrahlung“ gem. Liste XX
* Absprache mit der Abteilungsleitung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bezüglich elektrischer Gefährdung; Brandschutz; Absaugung, usw.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum Unterschrift**

**der Laserschutzbeauftragten**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum Unterschrift des**

**Arbeitgebers**