|  |  |
| --- | --- |
| Themen der Unterweisung  Schwerpunkte: | * sicheres Arbeiten mit Cuttermesser * Unfälle und Verletzungen * Regeln für richtiges Verhalten * Betriebsanweisungen und Unterweisungen * Auswahl und Handhabung * Schutzausrüstungen des Werkzeugs * Sicherheitsmesser * ergonomische Griffe * selbsttätiger Klingeneinzug * Persönliche Schutzausrüstung – PSA * Schnittschutzhandschuhe und Unterarmschutz * Schutzbrille bei der Nutzung von Segmentklingen |
| Geschulte Dokumente,  z. B. Betriebs-anweisungen |  |
| Durchgeführt von: | Max Mustermann – Fachkraft für Arbeitssicherheit  Unterschrift des Unterweisenden:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tag / Ort / Dauer der Unterweisung | Ort: |  | | | | | | | | | |
| Datum: |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich an der Unterweisung teilgenommen habe, sie inhaltlich verstanden habe und mich dementsprechend verhalten werde.

**Themen:** gemäß Auflistung auf Seite 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Name** | **Vorname** | **Datum** | | | | | | | | | | **Unterschrift \_\_\_** |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | . |  |  | . | 2 | 0 |  |  |  |