


Sicherheitsvorschriften

Fragebogen zur Selbstauskunft für Fremdfirmen

Firma: <input type="text"/>	Adresse: <input type="text"/>
Ansprechpartner: <input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	Handy: <input type="text"/>

Thema	Ja	Teilweise	Nein	n.a. ⁱ	Bemerkung
1. Erfahrung					
Führen Sie ähnliche Arbeiten für die Mineralölindustrie aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Können Sie Erfolgs- und Leistungsnachweise für Ihre Dienstleistungen erbringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Versicherung					
Ist eine ausreichende finanzielle, versicherungsmässige Deckung der allgemeinen Haftpflicht sowie der Haftung für Umweltschäden vorhanden? (> 5 Mio.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Managementsystem/Organisation					
Sind Sie gemäss ISO 9001 und/oder ISO 14001 zertifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Verfügen Sie über ein anerkanntes Arbeitsschutzmanagementsystem? (EKAS ISO 18009)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gibt es in Ihrem Betrieb Richtlinien zu Gesundheit, Sicherheit und Umweltschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Wurden diese Richtlinien in konkrete Arbeitsanweisungen für Ihre Mitarbeiter umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Haben Sie in Ihrem Betrieb einen Sicherheitsbeauftragten bestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ist ein Branchenlösung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Erstellt von: F. Rizzi Rümlang, 08.07.2014 Unterschrift: 	Genehmigt von: A. Imbach Rümlang, 08.07.2014 Unterschrift: 	HSSE
--	--	-------------

TAR und UBAG Zwüschelech Postfach 8153 Rümlang	Sicherheitsvorschriften Fragebogen für Fremdfirmen	HSSE
		Seite: 2 von 3 Version 1.1 / 30.01.2015

Thema	Ja	Teilweise	Nein	n.a. ⁱⁱ	Bemerkung
4. Schulungen/Einweisungen					
Existiert ein Schulungsprogramm für Ihre Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Ihre Mitarbeiter in Erste Hilfe ausgebildet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es schriftliche Nachweise über durchgeführte Schulungen einschliesslich Teilnehmerliste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Kommunikation					
Werden Anregungen von Mitarbeitern zu Gesundheit, Sicherheit und Umwelt durch die Geschäftsleitung aufgegriffen? Ist dies dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finden regelmässige Besprechungen der Geschäftsleitung mit dem Auftraggeber über Gesundheit, Sicherheit und Umweltschutz statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Drogen- und Alkoholverbot					
Besteht bei Ihnen während der Arbeitszeit ein Alkohol- und Drogenverbot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird die Einhaltung des Verbots von Ihnen kontrolliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Arbeitsgenehmigungen und -kontrollen					
Überprüfen Sie, ob alle notwendigen Arbeitsgenehmigungen ausgestellt und vorhanden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weisen Sie Ihre Mitarbeiter vor Beginn der Arbeiten ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stellen Sie sicher, dass Arbeiten gemäss den Genehmigungen durchgeführt werden? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Schutzausrüstung, Werkzeug, Geräte					
Wird persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stellen Sie sicher, dass die Schutzausrüstung für die jeweiligen Arbeiten geeignet ist? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind verwendete Schutzausrüstung, Werkzeuge und Geräte gewartet und in gutem Zustand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Ihre Mitarbeiter in der Anwendung der Schutzausrüstung und Geräte geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Notfallplan					
Gibt es einen Notfallplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wissen Ihre Mitarbeiter in Notfall-Situationen, was zu tun ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde dies bereits getestet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erstellt von: F. Rizzi Rümlang, 08.07.2014 Unterschrift: 	Genehmigt von: A. Imbach Rümlang, 08.07.2014 Unterschrift: 	HSSE
--	--	-------------

Thema	Ja	Teilweise	Nein	n.a. ⁱⁱ	Bemerkung
10. Unfallberichtswesen					
Gibt es ein System, mit dem Unfälle berichtet und untersucht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden auch Beinahe-Unfälle gemeldet und ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie viele Unfälle sind im letzten Jahr vorgefallen? <ul style="list-style-type: none"> • Todesfälle • Unfälle • Meldepflichtige Verletzungen • Verletzungsbedingte Ausfalltage 					
11. Subkontraktoren					
Beauftragen Sie Unternehmen (Subunternehmer) für die Durchführung von Arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geben Sie dem Subunternehmer an, welche Schutzausrüstung für die Arbeiten erforderlich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewerten Sie die Eignung des Subunternehmers für die geplanten Arbeiten? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überprüfen Sie die laufenden Arbeiten und die Verwendung von Schutzausrüstung des Subunternehmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ Bewertung nach Schulnoten

¹ n.a. = nicht anwendbar

Ort/Datum:	Name:	Unterschrift:
-------------------	--------------------	----------------------------

Laufweg: Fremdfirma → HSSE → und Cc an Leiter Operation
