|  |
| --- |
|  |

Jahresbericht des Internen Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz

#### Formular C - Bezugsjahr 2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Bitte zu beachten!*

*Dieses Formular C ist für eine Gruppe Arbeitgeber, die einen gemeinsamen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz geschaffen haben, entweder aufgrund eines Königlichen Erlasses basierend auf Artikel 38 des Gesetzes über das Wohlbefinden, oder in Anwendung von Artikel 50 dieses Gesetzes, der Ihnen erlaubt eine technische Betriebseinheit zu bilden. Dieser gemeinsame Dienst kann Abteilungen aufweisen oder aber auch nicht.*

*Das Formular A ist für einen Arbeitgeber bestimmt, der einen Internen Dienst ohne Abteilungen aufweist.*

*Das Formular B ist für einen Arbeitgeber bestimmt, der einen Internen Dienst mit Abteilungen aufweist.*

*Um dieses Formular C korrekt auszufüllen oder um ein Formular A oder B anzufragen, bitte ich Sie die Erläuterungen aufmerksam durchzulesen.*

*Alle Formulare sowie die Erlauterung befinden sich auf der Internetseite http://www.emploi.belgique.be.*

1 Allgemeine Angaben

* 1. Angaben zu den Arbeitgebern

Hier die offizielle Bezeichnung der Arbeitgeber angeben

*Bitte den Anhang „Arbeitgeber“ ausfüllen.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kode | Bezeichnung des Arbeitgebers | Gemeinde |
| A. |  |  |
| B. |  |  |
| C. |  |  |
| D. |  |  |
| E. |  |  |
| F. |  |  |
| G. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H. |  |  |

Tabelle „Betriebssitze“ im Anhang ausfüllen mit den Betriebseinheiten der verschiedenen Arbeitgeber. Wenn diese Angaben identisch sind mit denen der Arbeitgeber vom Anhang „Arbeitgeber“, genügt es die Anzahl Arbeitnehmer der betreffenden Betriebseinheit anzugeben.

* 1. Angaben über den Internen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz
     1. **Wer leitet den Internen Dienst für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz ?**

Name und Vorname:

Tel.:

* + 1. **Welche Funktion hat diese Person ?** *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Betriebsleiter

Gefahrenverhütungsberater „Arbeitssicherheit“

Gefahrenverhütungsberater „Arbeitsmedizin". Wenn dies der Fall ist, bitte auch den Namen des Gefahrenverhütungsberaters für die Koordination der Arbeitssicherheit angeben:

* + 1. **Welche Ausbildung hat der Gefahrenverhütungsberater in Arbeitssicherheit?** *(Bitte das Zutreffende ankreuzen.)*

Basisschulung

Niveau 2

Niveau 1

* + 1. **Geben Sie die Mindestdauer der Leistung der Person an, die den Internen Dienst leitet** *(in % einer Vollzeitbeschäftigung)*:       **%**
    2. **Stehen dem Leiter des Internen Dienstes andere Gefahrenverhütungsberater zur Seite?** (*Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Nein

Ja

Wenn ja, Anzahl angeben :

Gesamtdauer Ihrer Leistungen als Gefahrenverhütungsberater *(in %* einer Vollzeitbeschäftigung*)*: **%**

* + 1. **Name des Arbeitsmediziners:** (*Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Personalmitglied des **Internen** Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz

Personalmitglied des **Externen** Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz

* + 1. Anschrift des Internen Dienstes angeben

Strasse + Nr. :

Postleitzahl :  Gemeinde :

* + 1. Identität des Externen Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz:
    2. Globale Informationen über die Abteilungen

Wieviel Abteilungen hat der Interne Dienst?

Wieviele Gefahrenverhütungsberater sind in den Abteilungen beschäftigt?

*Bitte Anhang „Abteilungen“ ausfüllen.*

* + 1. Gemeinsamer anerkannter Dienst

Nummer und Datum des Königlichen Erlasses angeben:

1.3 Angaben zu den Konzertierungsorganen für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz

* + 1. Art der Konzertierungsorgane : (*Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Ausschüsse für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz.

Gewerkschaftsdelegationen *(insofern keine Ausschüsse bestehen)*

Konzertierungsausschüsse *(für die öffentlichen Dienste)*

### Wer ist der Vorsitzende des Ausschusses ? *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

der unter 1.1 erwähnte Betriebsleiter

andere Person *(Name und Funktion angeben)*:

1.3.3 Anzahl der Versammlungen des Konzertierungsorganes :

2. Statistische Angaben

2.1 Gesamtanzahl der wirklich geleisteten Arbeitsstunden :       (A)

2.2 Angaben über die Unfälle am Arbeitsplatz:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tödliche Unfälle | Unfälle mit bleibender Unfähigkeit | Unfälle mit zeitweiliger Unfähigkeit | Total | Formel |
| Anzahl Unfälle |  |  |  | (B) | HR =  = |
| Anzahl verlorener Kalendertage |  |  |  | (C) | TSR = = |
| Anzahl pauschaler Kalendertage |  |  |  | (D) | GSR =  = |

Anzahl der anderen Unfälle, die ausschließlich Arztkosten oder andere Kosten im Rahmen der Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle zur Folge hatten:

Anzahl der leichten Unfälle:

2.3 Angaben über die Unfälle auf dem Arbeitsweg:

Anzahl Unfälle : , davon  tödlich.

*Bitte Anhang „Statistik“ ausfüllen mit den detaillierten Statistiken über die Unfälle bei den verschiedenen Arbeitgebern gemäß Anhang „Arbeitgeber“.*

2.4 Anzahl Arbeitsstunden und Arbeitsunfälle von bestimmten Kategorien von Arbeitnehmern:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Arbeitsstunden | Anzahl Unfälle |
| a. Jobstudenten |  |  |
| b. Interimsarbeiter |  |  |
| c. Arbeiter auswärtiger Arbeitgeber (Auftragsarbeit) |  |  |

3 Angaben über die Arbeitssicherheit

3.1 Geben Sie die wichtigsten Maßnahmen an, die während des Bezugsjahres 2020 zur Förderung der Arbeitssicherheit getroffen wurden *(hierfür beiliegende Erläuterungen konsultieren):*

|  |  |
| --- | --- |
| Getroffene Maßnahmen | Initiator |
| a. |  |
| b. |  |
| c. |  |
| d. |  |
| e. |  |

3.2 Angaben über die Pflichtkontrollen:

|  |  |
| --- | --- |
| Art der kontrollierten Geräte und Anlagen | Anzahl der Kontrollen |
| Hebegeräte *(Aufzüge, Kräne, Hebevorrichtung, ... )* |  |
| Elektrische Hochspannungsanlagen |  |
| Elektrische Niederspannungsanlagen |  |
| Wasserdampfgeräte |  |
| Sonstige *(Aufzählen: Sicherheitsgurte oder -harnische, ...)* : |  |

3.3 Jahresaktionsplan für das laufende Jahr 2021

Geben Sie einen Überblick der **fünf** wichtigsten Themen des Aktionsplans mit den jeweiligen Ausführungsterminen *(hierfür beiliegende Erläuterungen konsultieren):*

|  |
| --- |
| a. |
| b. |
| c. |
| d. |
| e. |

3.4 Globaler Vorbeugungsplan

Verfügen Sie über einen schriftlichen globalen Vorbeugungsplan? *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Ja

Nein

1. Informationen über Gesundheit und Hygiene an der Arbeit
   1. Besteht ein Asbestinventar? *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Ja

Nein

* 1. Bestehen folgende Dokumente (wenn ja, bitte beifügen)? *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Bericht(e) des Arbeitsmediziners über den Besuch der Arbeitsplätze.

Bericht(e) des Dienstes, der mit der medizinischen Aufsicht beauftragt wurde.

1. Angaben über die Aus- und Weiterbildung

**5.1 Wichtigste Initiativen durch den Internen Dienst:**

**5.2 Wichtigste Initiativen für die Mitglieder des Internen Dienstes:**

1. Angaben betreffend Information des Personals
   1. Anzahl erstellte Monatsberichte durch den Internen Dienst:
   2. Sind andere Dokumente erstellt sowie Informationskampagnen durchgeführt worden? *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

Nein

Ja

Wenn ja, bitte aufzählen :

# 7. Informationen über die Verhütung der durch die Arbeit verursachten psychosozialen Belastung

**7.1 Kollektive Verhütungsmaßnahmen, die im Rahmen der Verhütung der durch die Arbeit verursachten psychosozialen Belastung getroffen wurden:**

Allgemein:

Spezifisch was den Schutz der Arbeitnehmer gegen andere Personen, die sich am Arbeitsplatz befinden, betrifft:      

* 1. Zwischenfälle psychosozialer Art, die wiederholt vorkamen**:**

Anzahl:

Art:

Statut der beteiligten Personen:      

**7.3 Zwischenfälle psychosozialer Art, die direkt dem Gefahrenverhütungsberater oder der Vertrauensperson gemeldet wurden:**

**7.3.1. Informelles Eingreifen:**

1. Anzahl Eingreifen der Vertrauensperson:
2. Anzahl Eingreifen des Gefahrenverhütungsberaters:
3. Beteiligte Parteien:

c.1. Anzahl je nach der Person, die um das Eingreifen bittet:

c.1.1. Arbeitgeber:

c.1.2. Arbeitnehmer:

c.1.3. Mitglied der Führungskräfte:

c.2. Anzahl je nach der angeschuldigten Person:

c.2.1. Arbeitgeber:

c.2.2. Arbeitnehmer:

c.2.3. Mitglied der Führungskräfte:

c.2.4. Andere Personen am Arbeitsplatz:

1. Anzahl je nach der Art des Eingreifen:

d.1. Aufnahme und Beratung:

d.2. Eingreifen:

d.3. Schlichtung:

d.4. Andere:      

**7.3.2 Formelles Eingreifen:**

1. Total der mit Gründen versehenen Beschwerden:
2. Total der mit Gründen versehenen Beschwerden, die nach einem informellen Eingreifen eingereicht wurden:
3. Beteiligte Parteien

c.1. Anzahl je nach dem Kläger:

c.1.1. Arbeitgeber:

c.1.2. Arbeitnehmer:

c.1.3. Mitglied der Führungskräfte:

c.2. Anzahl je nach der angeschuldigten Person:

c.2.1. Arbeitgeber:

c.2.2. Arbeitnehmer:

c.2.3. Mitglied der Führungskräfte:

c.2.4. Andere Personen am Arbeitsplatz:

1. Anzahl Taten je nach ihrer Art:

d.1. Gewalt:

d.2. Moralische Belästigung:

d.3. Sexuelle Belästigung:

d.4. Andere:

1. Anzahl Maßnahmen:

e.1. Individuelle Maßnahmen:

e.2. Kollektive Maßnahmen:

e.3. Keine Maßnahmen:

e.4. Eingreifen der Generaldirektion Kontrolle des Wohlbefindens am Arbeitsplatz:

7.4 Register der Taten im Sinne von Artikel 12 des königlichen Erlasses vom 17. Mai 2007 über die Verhütung der durch die Arbeit verursachten psychosozialen Belastung, darunter insbesondere Gewalt und moralische oder sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz.

1. Anzahl der in das Register eingetragenen Taten:
2. Anzahl je nach der Art der Taten:

b.1. Körperliche Gewalt:

b.2. Psychische Gewalt:

b.3. Moralische Belästigung:

b.4. Sexuelle Belästigung:

b.5. Andere:

Datum :

Der Leiter des Internen Dienstes,

Name :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kode | Name und Funktion des verantwortlichen Betriebsleiters | Datum und Unterschrift |
| A. |  |  |
| B. |  |  |
| C. |  |  |
| D. |  |  |
| E. |  |  |
| F. |  |  |
| G. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H. |  |  |

Anhang „Arbeitgeber“ : Liste der Arbeitgeber

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **Gesamt**anzahl der Arbeitnehmer | |  |
| Kode | Offizielle Bezeichnung | Gesell-schafts-form | Anschrift  (*Straße - Postleitzahl - Gemeinde)* | Unternehmensnummer *(ein zehnstellige Zahl = MWST-nr + 0 zuvorderst)* | NACE-BEL-Kode oder Beschreibung der Haupttätigkeit | 🕿 - Fax – e-Adresse Betriebsleiter (Name und Funktion) | Anzahl Arbeitnehmer des Arbeitgebers |
| **A.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **B.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **C.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **D.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **E.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **F.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |
| **G.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **H.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |  |

Anhang „Betriebssitze“ : Liste der Betriebseinheiten mit wenigstens 10 Arbeitnehmern.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordnungsnummer der Betriebseinheit | Ordnungsnummer des Arbeitgebers | Handelsbezeichnung der Betriebseinheit | Anschrift der Betriebseinheit *(Straße - Postleitzahl - Gemeinde)* | Anzahl Arbeitnehmer der Betriebseinheit | NACE-BEL-KODE oder Beschreibung der Haupttätigkeit | - Fax – e-Adresse Betriebsleiter *(Name und Funktion)* |
| **1.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **2.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **3.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **4.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **5.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **6.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **7.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |
| **8.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** |  |  |  |  |  | 🕿 :  Fax :  e-Adresse:  Betriebsleiter : |

Anhang „Abteilungen“: Liste der verschiedenen Abteilungen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordnungsnummer der Abteilung | Kode des Arbeitgebers und der Betriebseinheiten in der Abteilung | Name des Gefahrenverhütungsberaters | Zusatzausbildung *(Bitte das Zutreffende ankreuzen)* | Vorsitzender des Konzertierungsorganes (Name und Funktion) | Anzahl der Versammlungen des Konzertierungsorganes |
| **I.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **II.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **III.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **IV.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **V.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **VI.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **VII.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **VIII.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **IX.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **X.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **XI.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |
| **XII.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XIII.** |  |  | Basisschulung  Niveau 2  Niveau 1 |  |  |

Anhang „Statistik“ : Liste mit den detaillierten Angaben zu den Arbeitsunfällen pro Arbeitgeber

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kode der Arbeitgeber | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 1. Anzahl geleistete Stunden (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | 2. Anzahl tödliche Unfälle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | 3. Anzahl Unfälle mit bleibender Arbeitsunfähigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4. Anzahl Unfälle mit zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5. Gesamtanzahl Unfälle (B) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6. Häufigkeitsgrad (B x 1.000.000 / A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7. Anzahl wirklich verlorener Kalendertage durch Unfälle mit Todesfolge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 8. Anzahl wirklich verlorener Kalendertage durch Unfälle mit bleibender Unfähigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 9. Anzahl wirklich verlorener Kalendertage durch Unfälle mit zeitweiliger Unfähigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 10. Gesamtanzahl wirklich verlorener Kalendertage (C) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 11. Wirklicher Schweregrad (C x 1.000 / A) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 12. Anzahl pauschaler Unfähigkeitstage durch Unfälle mit Todesfolge | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13. Anzahl pauschaler Unfähigkeitstage durch Unfälle mit bleibender Unfähigkeit | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14. Gesamtanzahl pauschaler Unfähigkeitstage (D) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | 15. Globaler Schweregrad ((C + D) x 1.000) / A) | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 16. Anzahl der anderen Unfälle | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | 17. Anzahl der leichten Unfälle | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 18. Anzahl Unfälle auf dem Arbeitsweg | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | 19. Anzahl tödlicher Unfälle auf dem Arbeitsweg | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| G. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| H. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |