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

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

 |

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

#### Formular A - Bezugsjahr 2023

*Bitte zu beachten!*

*Dieses 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.*

*Das 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.*

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

*Alle Formulare sowie die Erlauterung befinden sich auf der Internetseite* [*https://beschaeftigung.belgien.be*](https://beschaeftigung.belgien.be)*.*

1 Allgemeine Angaben

* 1. Angaben zum Arbeitgeber

Offizielle Bezeichnung:

Gesellschaftsform *(AG, GmbH, VoE, ...):*

Straße, Nr.:

Postleitzahl:  Gemeinde:

Unternehmensnummer *(ein zehnstellige Zahl = MWST-nr + 0 zuvorderst)*:

🕿:  Fax:

Elektronische Adresse: **@**

Hauptsächliche Aktivität *(Beschreibung)*:

Kode NACE-BEL *(5 Ziffern)*:

**Anzahl Arbeitnehmer** *(in 2023)*:

Betriebsleiter *(Name und Funktion)*:

*Wenn der Arbeitgeber* ***mehrere Betriebseinheiten*** *aufweist, bitte Tabelle „Betriebssitze“ im Anhang ausfüllen.*

* 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 insofern sie nicht identisch ist mit der Anschrift des Arbeitgebers

Strasse + Nr. :

Postleitzahl :  Gemeinde :

* + 1. Identität des Externen Dienstes für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz:

1.3 Angaben zum Konzertierungsorgan für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz

* + 1. Art des Konzertierungsorganes : (*Bitte das Zutreffende ankreuzen)*

[ ]  Ausschuß für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz.

[ ]  Gewerkschaftsdelegation *(insofern kein Ausschuß besteht)*.

[ ]  Konzertierungsausschuß *(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 der verschiedenen Betriebseinheiten gemäß Anhang „Betriebssitze“, in denen wenigstens* ***80.000*** *Arbeitsstunden geleistet wurden.*

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 2023 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 2024

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?

[ ]  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 Betriebsleiter, Der Leiter des Internen Dienstes,

Name:  Name:

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordnungsnummer der Betriebseinheit | Handelsbezeichnung | Anschrift der Betriebseinheit*(Straße - Postleitzahl - Gemeinde)* | Anzahl Arbeitnehmer | NACE-BEL-Kode oder Beschreibung der Haupttätigkeit |  - Fax – e-AdresseBetriebsleiter *(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 „Statistik“ : Liste mit den detaillierten Angaben zu den Arbeitsunfällen pro Betriebseinheit *(nur anzugeben für Betriebseinheiten in denen wenigstens 80.000 Arbeitsstunden durch alle Arbeitnehmer der Betriebseinheit erbracht werden)*

|  |
| --- |
| Ordnungsnummer der Betriebseinheit |
|  |  | 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 |

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

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