

Datum: ____/____/____

Identificatienummer WPF: _____ (KBO-profiel-versie)

Naam werkgever: _____

Nummer werkgever: _____

Adres: _____

Contactpersoon: _____ Tel.: _____

(In te vullen indien van toepassing)

Naam uitzendbureau/onderwijsinstelling: _____

Adres uitzendbureau/onderwijsinstelling: _____

Contactpersoon: _____ Tel.: _____

Externe dienst PBW (uitzendbureau/onderwijsinstelling): _____

Datum afgifte kopie: ____/____/____

Naam uitzendkracht/stagiair(e): _____ Tel.: _____

Geboortedatum: ____/____/____

Kwalificatie/studierichting - studiejaar: _____

1. Functie/werkposten - activiteiten

Naam functie: _____

Locatie werkpost: _____

Vereiste kwalificaties en beroepsvoorwaarden: _____

Beknopte omschrijving (arbeidsmiddelen, producten, toestellen,...): _____

Verboden voor jongeren/stagiair(e)s op het werk. Specificeer verboden werkzaamheden: _____

Bijzondere risico's voor zwangere vrouwen of bij borstvoeding? (zo ja, vul 3.6 in)

Het betreft enkel een kijkstage.

2. Samenvatting resultaten RisicoInventarisatie en -Evaluatie voor deze functie

Veiligheidstechnische risico's (kans op acuut letsel) en hinder

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> val | <input type="checkbox"/> loskomende, zwaaiende of wegvliegende delen | <input type="checkbox"/> elektrische risico's |
| <input type="checkbox"/> op de begane grond | <input type="checkbox"/> werken met perslucht | <input type="checkbox"/> vochtigheid |
| <input type="checkbox"/> van hoger gelegen vlak | <input type="checkbox"/> tillen van lasten, lichamelijke belasting | <input type="checkbox"/> lawaai |
| <input type="checkbox"/> val van voorwerpen/lasten | <input type="checkbox"/> werken in besloten ruimte | <input type="checkbox"/> chemische hinder |
| <input type="checkbox"/> snij-, steek- en prikwonden | <input type="checkbox"/> verdrinken/verzinken/bedelven | <input type="checkbox"/> spatten |
| <input type="checkbox"/> verbrijzelingen | <input type="checkbox"/> trillingen | <input type="checkbox"/> stof |
| <input type="checkbox"/> stoten tegen | <input type="checkbox"/> warmte, UV-straling | <input type="checkbox"/> gassen, dampen |
| <input type="checkbox"/> contact met bewegende/roterende delen | <input type="checkbox"/> brandwonden | <input type="checkbox"/> uitzonderlijke werktijden |
| <input type="checkbox"/> aanrijding door/botsing met voertuigen | <input type="checkbox"/> koude | <input type="checkbox"/> psychosociale belasting |
| | | <input type="checkbox"/> hygiëne (schimmels, afval,...) |
| | | <input type="checkbox"/> biologische agentia |

3. Preventie en beschermende maatregelen voor deze functie

3.1 Maatregelen om risico's uit te schakelen

3.2 Collectieve beschermingsmiddelen (CBM)

3.3 Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) - werkkledij

Advies	Beschikbaar		Advies	Beschikbaar		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Broek/jas of windpak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veiligheidsbril of -schermb	Type: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veiligheidshandschoenen/wanten	Type: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiel of stofjas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ademhalingsbescherming	Type: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zalven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veiligheidsgordel of veiligheidsharnas	Type: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veiligheidshelm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veiligheidsschoenen	Type: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehoorbescherming	Type: _____

De kolom 'beschikbaar' dient ingevuld te worden door de werkgever/inlener.

3.4 Vereiste voorafgaande instructies

3.5 Vereiste voorafgaande opleidingen en/of attesten (RGA,...)

Verworven: _____ Vereist: _____
Onthaal: ja/nee: _____ (te volgen noodprocedures, EHBO,...)
Uitgevoerd door: _____ (naam en functie persoon belast met onthaal)
Datum: ____/____/____ Naam: _____ Handtekening: _____

3.6 Genomen maatregelen verbonden aan de moederschapsbescherming (indien van toepassing)

Zwangere werknemster:

- Aanpassing werkpost: _____
- Verwijdering voor een periode van ____ dagen/maanden
- Medisch onderzoek door arbeidsgeneesheer

Werknemer die borstvoeding geeft:

- Aanpassing werkpost: _____
- Verwijdering voor een periode van ____ dagen/maanden
- Medisch onderzoek door arbeidsgeneesheer

3.7 Opvolging gezondheidstoestand

✓ Voorafgaande gezondheidsbeoordeling: ja/nee

✓ Periodieke gezondheidsbeoordeling: ja/nee

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Risico door chemische agentia | <input type="checkbox"/> Temperatuur (koude/warmte) | <input type="checkbox"/> Veiligheidsfunctie |
| <input type="checkbox"/> Risico door kankerverwekkende, mutagene en/of teratogene stoffen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Voedingswaren |
| <input type="checkbox"/> Risico voor dermatose | <input type="checkbox"/> Risico door biologische agentia | <input type="checkbox"/> Functie met verhoogde waakzaamheid |
| <input type="checkbox"/> Risico bij inademing | <input type="checkbox"/> Fysieke belasting | <input type="checkbox"/> Andere: |
| <input type="checkbox"/> Risico op intoxicatie | <input type="checkbox"/> Beeldschermwerk | <input type="checkbox"/> Jongeren |
| <input type="checkbox"/> Risico door fysische agentia | <input type="checkbox"/> Manueel hanteren van lasten | <input type="checkbox"/> Stagiairs |
| <input type="checkbox"/> Ioniserende straling | <input type="checkbox"/> Monotone en repetitieve arbeid | <input type="checkbox"/> Personen met een (arbeids)-handicap |
| <input type="checkbox"/> Lawaai | <input type="checkbox"/> Nacht-, ploegen- en/of weekendarbeid | <input type="checkbox"/> RGA |
| <input type="checkbox"/> Trillingen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> _____ (specifieer) |
| <input type="checkbox"/> Niet-ioniserende straling | <input type="checkbox"/> Risico op mentale belasting | |
| | <input type="checkbox"/> Risico op psychosociale belasting | |

Voor deze risicocodes: _____ (Zie lijst risicocodes voor beroepsziekten in bijlage.)

✓ Hervattingsonderzoeken: ja / nee

✓ Voorstel gerichte onderzoeken of prestaties: _____

✓ Vaccinaties: _____

✓ Tuberculinetesten: _____

✓ Biomonitoring: _____

3.8 Bijzondere informatie: adviezen preventieadviseurs & CPBW

(de preventiedeskundige kan hier nog extra informatie geven)

Werkgever: _____

Naam en handtekening: _____

Datum: ____/____/____

Interne preventieadviseur

Naam en handtekening: _____

Datum: ____/____/____

Ondergetekende (uitzendkracht) werd ingelicht over de risico's van de werkpost en beschikt over vermelde kledij/PBM's.

Naam en handtekening: _____

Datum: ____/____/____

Preventieadviseurs (externe dienst)

Arbeidsgeneesheer: _____

Preventieadviseur: _____

Datum: ____/____/____

Datum: ____/____/____

(Door dit document te ondertekenen verklaart de werkgever dat hij akkoord gaat met bovenstaande adviezen en de nodige maatregelen zal treffen.)