

# Nachweisbogen BuS

nach Ablauf von mehr als fünf Jahren

Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Betreuung

spätestens einzureichen bis **07.11.2018**

Ihre Betriebsstätte **XXXXXXXXXX**



# BGW

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst  
und Wohlfahrtspflege

Dr. Michael Hübner, Praxis für Kassenärztliche  
Zusammenarbeit, 70372 Stuttgart

1.1  Ich beschäftige kein Personal und unterliege daher nicht der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 4 aus.

1.2  Ich beschäftige Personal und unterliege daher der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung. Bitte füllen Sie zusätzlich Punkt 2, 3 und 4 aus.

2. Beschäftigtenanzahl:  bis 10 Beschäftigte  über 10 bis 50 Beschäftigte  mehr als 50 Beschäftigte

3. Ich habe mich für folgende betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuungsform entschieden:

3.1  **Regelbetreuung in Betrieben mit mehr als 10 Beschäftigten** (gem. Anlage 2, DGUV-Vorschrift 2)

Für meine Betriebsstätte wurde betriebsärztlich beauftragt:

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Name            |     |
| Straße, Hausnr. |     |
| PLZ             | Ort |

Für meine Betriebsstätte wurde sicherheitstechnisch beauftragt:

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Name            |     |
| Straße, Hausnr. |     |
| PLZ             | Ort |

3.2  **Regelbetreuung in Betrieben mit bis zu 10 Beschäftigten** (gem. Anlage 1, DGUV-Vorschrift 2)

Für meine Betriebsstätte wurde betriebsärztlich beauftragt:

|                 |     |  |
|-----------------|-----|--|
| Name            |     | Erstberater/-in?<br>Bitte ankreuzen, wenn zutreffend. <input type="checkbox"/> |
| Straße, Hausnr. |     |  |
| PLZ             | Ort |  |

Für meine Betriebsstätte wurde sicherheitstechnisch beauftragt:

|                 |     |  |
|-----------------|-----|--|
| Name            |     | Erstberater/-in?<br>Bitte ankreuzen, wenn zutreffend. <input type="checkbox"/> |
| Straße, Hausnr. |     |  |
| PLZ             | Ort |  |

3.3  **Alternative bedarfsorientierte Betreuung in Betrieben mit bis zu 50 Beschäftigten**  
(gem. Anlage 3, DGUV-Vorschrift 2)

Bitte geben Sie an, mit welchem Dienstleistungsunternehmen Sie eine Alternative bedarfsorientierte Betreuung inklusive Motivations- und Informationsmaßnahme (Schulung für Unternehmer/-innen) vereinbart haben.

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Name            |     |
| Straße, Hausnr. |     |
| PLZ             | Ort |

4. Für Rückfragen erreichen Sie mich telefonisch unter

Ort  Datum

Meine Unterschrift / Stempel