

Tätigkeiten mit Absturzgefahr

Sind Sie bei Tätigkeiten in der Höhe abgesichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, womit
Aufgabengebiet:
Haben Sie Höhenangst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beschwerden am Bewegungsapparat (Hals- oder Lendenwirbelsäule, Schultern etc.) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Schwindel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche
Vegetative Symptome (z.B. Übelkeit, Bewusstlosigkeit, Schweißausbrüche) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche

(Name, Vorname)

(Datum)

(Unterschrift)