|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Mitarbeiter/-in: |  |

|  |
| --- |
| Beobachtung kritische Situation/Beinaheunfall: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bearbeitet am: |  |
| durch: |  |
| festgelegte Maßnahmen: |  |

Die Maßnahme wurde durchgeführt und ist wirksam.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum | Unterschrift der Unternehmensleitung |