



Einsatzbezogene Gefährdungsermittlung / Baumsicherheitsbeurteilung für die Seilklettertechnik

Einsatzort (Bezeichnung der Arbeitsstelle): _____

Datum: _____ von: _____ bis: _____

Aufsichtsführend: _____ GPS: N _____ ° _____ O _____ ° _____

NOTFALL- und Rettungsmaßnahmen

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ genauer Einsatzort bekannt / Zufahrt bekannt und Möglich | ☐ Notruf möglich | ☐ Maßnahmen besprochen |
| ☐ Erste-Hilfe-Material | ☐ Rettungsmaterial | ☐ Rettungsseil |
| | | ☐ Ruf- und Sichtverbindung |

Gefahren am Einsatzort

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Witterung geeignet | ☐ Stromleitungen | ☐ Fallbereich frei |
| ☐ Abseilen erforderlich | ☐ Kommunikation möglich | ☐ Verkehrssicherung notwendig |

Sonstiges: _____

Personal

Qualifikation:

SKT A

SKT B

Bodenm.

Sonstige

Name: _____	☐	☐	☐	☐	_____
Name: _____	☐	☐	☐	☐	_____
Name: _____	☐	☐	☐	☐	_____
Name: _____	☐	☐	☐	☐	_____
Name: _____	☐	☐	☐	☐	_____

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Arbeitsauftrag besprochen | ☐ Kommunikation abgesprochen | ☐ Gesundheitliche Eignung / FIT für den Einsatz |
| ☐ Personal eingeteilt | ☐ Bodenpersonal | ☐ Sicherungsposten |
| ☐ Zwei ausgebildete Anwender | ☐ Ausreichende Erfahrung für die geplanten Arbeiten | |

Durchzuführende Arbeiten

BAUM / BÄUME: _____

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ Totholzentnahme | ☐ Kronenpflege | ☐ Kronenteileinkürzung | ☐ Kroneneinkürzung |
| ☐ Kronensicherung | ☐ Kronensicherungsschnitt | ☐ Fällung | ☐ Fällung mit Absseittechnik |

Sonstiges: _____

Baumbezogene Gefahren

Bodenumfeld / Wurzel

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| ☐ Bodenrisse | ☐ angekippt | ☐ Baumaßnahmen | ☐ Stromleitungen | ☐ Objekte |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------------|

Stammfuß / Stamm

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Defektsymptome (Risse / Wülste / Beulen / Rippen) | ☐ Pilzfruchtkörper | ☐ Faulstellen |
| ☐ Baumchirurgische Maßnahmen | ☐ Wunden | ☐ Abgestorbene Rinde |

Baumkrone

- | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Vitalität | ☐ Totholz | ☐ Defektsymptome | ☐ Druckzwiesel | ☐ Ausbrüche |
| ☐ Sturmschäden | ☐ Insektennester | ☐ alte Kronensicherung | ☐ Kappung | ☐ Faulstellen |
| ☐ Pilzfruchtkörper | ☐ Brut- & Niststätten (Besondere Obacht, Artenschutz, Naturschutz) | | | |

Der Baum ist für die geplanten Arbeiten sicher: ☐ JA ☐ mit Einschränkungen ☐ NEIN

Bemerkung / Einschränkung: _____

Ausrüstung und Arbeitsgerät

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Betriebssicher PSA vorhanden | ☐ Abseilausrüstung überprüft | ☐ Erste-Hilfe-Ausrüstung |
| ☐ PSA GEPRÜFT!! | ☐ Rettungsmaterial vorhanden | ☐ Funk erforderlich |
| ☐ Zweite Kletterausrüstung | ☐ Erforderliche Maschinen vorhanden | ☐ Funk geprüft |
| ☐ Abseilausrüstung vorhanden | ☐ Maschinen überprüft | ☐ Absperrung und Sicherung vorhanden |

Besonderheiten: _____

Auf Grundlage der von mir durchgeführten Gefährdungsermittlung / Baumsicherheitsbeurteilung können die geplanten Arbeiten durchgeführt werden.

Datum

Unterschrift des Unternehmers / Mitarbeiter