

Merkblatt

zum Antrag auf Zulassung von Fachbetrieben nach § 8 Abs. 8 i.V.m. Anhang I Nr. 2.4.2 Abs. 4 Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) für Asbestabbruch- und Sanierungsarbeiten bei Vorhandensein von Asbest in schwach gebundener Form

Nach § 8 Abs. 8 i.V.m. Anhang I Nr. 2.4.2 Abs. 4 GefStoffV dürfen Abbruch- und Sanierungsarbeiten bei Vorhandensein von Asbest in schwach gebundener Form nur von Fachbetrieben durchgeführt werden, die von der zuständigen Behörde zur Durchführung dieser Arbeiten zugelassen worden sind.

Die Zulassung erhalten Sie als Fachbetrieb auf schriftlichen oder elektronischen Antrag, wenn Sie die Nachweise über eine für die Arbeiten geeignete personelle und sicherheitstechnische Ausstattung im notwendigen Umfang vorgelegt haben.

A Zuständige Behörde

Die Zulassung ist bei der für den Hauptsitz Ihres Fachbetriebs oder Ihrer selbstständigen Niederlassung örtlich zuständigen staatlichen Arbeitsschutzbehörde zu beantragen.

Befindet sich dieser Hauptsitz oder die selbstständige Niederlassung Ihres Fachbetriebes in Hessen, dann ist die Zulassung zu beantragen beim

Regierungspräsidium Kassel
Fachzentrum für Produktsicherheit und Gefahrstoffe
Am Alten Stadtschloss 1
34117 Kassel

Nähere Informationen zur örtlichen Zuständigkeit:

- [BAuA-Liste¹](#)

Ist Ihr Firmensitz im Ausland, ist der Antrag bei der Behörde zu stellen, in deren Aufsichtsbereich Sie Ihre Hauptniederlassung in der Bundesrepublik haben. Verfügen Sie über keine Niederlassung in Deutschland, ist der Antrag bei der Behörde zu stellen, in deren Aufsichtsbereich Sie die erstmalige Tätigkeit innerhalb der Bundesrepublik Deutschland beabsichtigen.

Sollte sich Ihre Hauptniederlassung in Hessen befinden oder beabsichtigen Sie die erstmalige Tätigkeit innerhalb von Hessen durchzuführen, dann ist die Zulassung ebenfalls beim Regierungspräsidium Kassel zu beantragen.

B Antragsteller und Antragsform

Der Antrag ist von einer vertretungsberechtigten Person Ihres Fachbetriebs zu stellen. Die Vertretungsberechtigung ist nachzuweisen. Der Antrag ist schriftlich oder elektronisch einzureichen. Es wird empfohlen, den in diesem Merkblatt enthaltenden Antrag zu verwenden.

¹ https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Branchen/Bauwirtschaft/Baustellenverordnung/pdf/Arbeitsschutzbehoerden.pdf?__blob=publicationFile&v=20

Beachten Sie, dass die Amtssprache Deutsch ist. Belege, Urkunden oder sonstige Dokumente sind der Behörde in deutscher Übersetzung vorzulegen.

C Antragsunterlagen

Mit den Antragsunterlagen beschreiben und belegen Sie als Fachbetrieb, dass Sie über eine geeignete personelle und sicherheitstechnische Ausstattung im notwendigen Umfang für die von Ihnen beabsichtigten Abbruch- und Sanierungsarbeiten verfügen.

Der Antrag muss daher mindestens Angaben enthalten über

- die Rechtsform des Fachbetriebs,
- den Unternehmensgegenstand,
- Benennen der sachkundigen Verantwortlichen Person und ihres Vertreters im Betrieb,
- die genaue Tätigkeit, für die Sie die Zulassung beantragen,
- die vorgesehenen Schutzmaßnahmen und Verfahren der Abfallbehandlung,
- die Zahl der Arbeitnehmer, die mit asbesthaltigen Gefahrstoffen umgehen,
- die personelle und sicherheitstechnische Ausstattung Ihres Fachbetriebs:
 - Namen und Qualifikation aller sach- und fachkundigen Personen nach § 8 Abs. 8 i.V.m. Anh 1 Nr. 2.4.2 Abs. 3 GefStoffV
 - eine Zusammenstellung über Art und Zahl der vorhandenen sicherheitstechnischen Geräte, Maschinen und Personenschutzsysteme (Sauger, Schleusenanlagen etc.). Die Geräte können auch geleast oder gemietet werden. In diesem Fall ist dem Antrag ein Nachweis über die Verfügbarkeit der Geräte beizufügen.

Die im Antrag gemachten Angaben sind durch Belege (Sachkundebescheinigungen, Prüfbescheinigungen etc.) zu dokumentieren.

Im Antragsformular wird eine umfassende Eingabe und Dokumentation der allgemeinen Angaben zum Fachbetrieb und der Angaben zur personellen und sicherheitstechnischen Ausstattung für alle 3 möglichen Tätigkeitsbereiche abgefragt:

Nr. 1	Alle Abbruch- und Sanierungsarbeiten bei Vorhandensein von Asbest in schwach gebundener Form
Nr. 2	Abbruch- und Sanierungsarbeiten an schwach gebundenen Asbestprodukten – ohne Spritzasbest –
Nr. 3	Abbruch- und Sanierungsarbeiten geringen Umfangs an schwach gebundenen Asbestprodukten (z. B. Maler- oder Klempnerarbeiten).

Sie müssen nur die für Ihre beantragte Tätigkeit relevanten Eingaben und Dokumente einreichen. Die unter Nr. 6 anzugebenden freiwilligen Angaben zur Betriebs-/ Arbeitsorganisation sind nicht unmittelbar zulassungsrelevant. Sie erleichtern der Zulassungsbehörde die Prüfung und helfen, Nachfragen zu vermeiden. Den Hinweisen im Antragsformular können Sie entnehmen, welche sicherheitstechnische Mindestausstattung Sie für die von Ihnen geplanten Tätigkeiten benötigen.

Bearbeitungsvermerk (Auszufüllen von der Behörde):	
GeschZ:	
Firma:	
Ansprechpartner/in (Tel.):	
IFAS-Nr.	
Eingang:	

**Antrag auf Zulassung nach § 8 Abs. 8 i.V.m.
Anhang I Nr. 2.4.2 Abs. 4
Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) zur
Durchführung von Abbruch- und
Sanierungsarbeiten bei Vorhandensein von As-
best in schwach gebundener Form**

Die Zulassung wird für folgende Tätigkeiten beantragt:

(Quelle: Anlage 8 TRGS 519)

Nr. 1	Alle Abbruch- und Sanierungsarbeiten bei Vorhandensein von Asbest in schwach gebundener Form	<input type="checkbox"/>
Benennung der beabsichtigten Arbeiten /Tätigkeiten im Einzelnen		
(Betriebs-/Freitext)		
Nr. 2	Abbruch- und Sanierungsarbeiten an schwach gebundenen Asbestprodukten – ohne Spritzasbest –	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	Abbruch- und Sanierungsarbeiten geringen Umfangs an schwach gebundenen Asbestprodukten (z. B. Maler- oder Klempnerarbeiten)	<input type="checkbox"/>
Gegebenenfalls konkrete Beschreibung der beabsichtigten Arbeiten geringen Umfangs (Freitext)		

1.	Allgemeine Angaben:
-----------	----------------------------

Name des Betriebs:		
Straße:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
Telefax:		
Mobil:		
E-Mail:		
Unternehmensgegenstand:		
Rechtsform des Betriebs:		
Eintrag im Handelsregister/:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beim Amtsgericht	HRB-Nr.:
Die genaue Eintragung beim Amtsgericht lautet:		
Vertretungsberechtigte Personen:		
Kennnummer Ihres Wirtschaftszweiges (NACE) (Siehe Gewerbebeanmeldung oder Vorblatt Umsatzsteuerbescheid)		
Berufsgenossenschaft bzw. Unfallversicherungsträger:		
Unselbständige Zweigniederlassungen bzw. Betriebsstätten, welche die Arbeiten durchführen sollen (mit Anschrift, soweit sie nicht mit der Unternehmensadresse deckungsgleich ist). <i>Hinweis: Tochterunternehmen und selbständige Zweigniederlassungen benötigen eine eigene Zulassung</i>		

2.	Personelle Ausstattung:
-----------	--------------------------------

2.1	Sachkundige Verantwortliche Person:					
	Name, Vorname	Sachkunde TRGS 519 Anlage 3 / Prüfdatum	TRGS 519 Anlage 4b oder 4c / Prüfdatum	Im Betrieb beschäftigt	Datum der letzten arbeitsmedi- zinischen Vor- sorge	Datum Fort- bildungs- lehrgang (Anlage 5 TRGS 519)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.2	Sachkundige Vertretung der verantwortlichen Person (Benennung mind. einer weiteren Person):					
	Name, Vorname	Sachkunde TRGS 519 Anlage 3 / Prüfdatum	TRGS 519 Anlage 4b oder 4c / Prüfdatum	Im Betrieb be- schäftigt	Datum der letzten arbeitsmedi- zinischen Vor- sorge	Datum Fort- bildungs- lehrgang (Anlage 5 TRGS 519)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Stand 17.02.2022

2.3	Weitere sachkundige Personen:					
	Name, Vorname	Sachkunde TRGS 519 Anlage 3 / Prüfdatum	TRGS 519 Anlage 4b oder 4c / Prüfdatum	Im Betrieb be- schäftigt	Datum der letz- ten arbeitsmedi- zinischen Vor- sorge	Datum Fort- bildungs- lehrgang (Anlage 5 TRGS 519)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2.4	Fachpersonal (Nr. 5.3 TRGS 519):					
2.4.1	Fachkundige Personen für die Bedienung und Überwachung der sicherheitstechnischen Einrichtungen					
	Name, Vorname	Fachkunde nachgewiesen durch (z. B. Bescheini- gung der Teilnahme an einer Herstellerunterwei- sung)		Im Betrieb beschäftigt	Datum der letz- ten arbeitsmedi- zinischen Vor- sorge	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Stand 17.02.2022

2.4.2 Fachkundige Personen für die regelmäßige Prüfung der sicherheitstechnischen Einrichtungen					
	Name, Vorname	Fachkunde nachgewiesen durch (z. B. Bescheinigung der Teilnahme an einer Herstellerunterweisung)	Im Betrieb beschäftigt	Datum der letzten arbeitsmedizinischen Vorsorge	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Die Prüfungen erfolgt im Rahmen eines Wartungsvertrags durch die Firma:			Adresse		
2.4.3 Befähigte Personen zur Bedienung, Wartung und Prüfung der Atemschutzgeräte (Atemschutzgerätewart nach BGR 190 Nr. 3.3)					
	Name, Vorname	Fachkunde nachgewiesen durch (z. B. Bescheinigung der Teilnahme an einer Herstellerunterweisung)	Im Betrieb beschäftigt	Datum der letzten arbeitsmedizinischen Vorsorge	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Die Prüfung erfolgt im Rahmen eines Wartungsvertrags durch die Firma:			Adresse:		

Stand 17.02.2022

2.5	Anzahl weiterer Beschäftigten, die Tätigkeiten mit Asbest durchführen (ohne Einrechnung der schon benannten Personen):		Nachweise über arbeitsmedizinische Vorsorge sind beigefügt:	
	Männlich:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Weiblich:			
	Divers:			
2.6	Sonstiges Fachpersonal			
2.6.1	Ersthelfer			
	Name	Vorname	Datum der Ersthelfer-ausbildung/-fortbildung	Im Betrieb beschäftigt
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.	Sicherheitstechnische Ausstattung (Die Mindestausstattung für die von Ihnen geplanten Tätigkeiten finden Sie weiter unten unter den Hinweisen)		
3.1	Allgemein Geräte		
	Es werden ausschließlich eigene Geräte verwendet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Die Geräte werden teilweise geleast/gemietet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Die Geräte werden vollständig geleast/gemietet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name des Vermietungs-/Leasingunternehmens:		
	Straße/Hausnr./PLZ/Ort:		
	Name des Vermietungs-/Leasingunternehmens:		
	Straße/Hausnr./PLZ/Ort:		
3.2	Schleusensysteme		
	Personenschleusen:	Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl	Hersteller/Typ	
	Anzahl 4-Kammerschleusen		
	Anzahl 3-Kammerschleusen		
	Anzahl Einkammerschleusen		
	Materialschleusen:	Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl		
3.3	Filteranlagen		
	Raumluftfilteranlagen für Unterdruckhaltung (mit Nachweis der Faseremission < 1.000 F/m ³):		Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h
	Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer Leistung/h

Stand 17.02.2022

Industriestaubsauger (Anzahl, Hersteller, Typ, Leistung/h, Verwendungskategorie):			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	Verwendungskategorie
Hochleistungsvakuumsauggeräte (mit Nachweis der Faseremission <1.000 F/m³):			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer	Leistung/h	
Abwasserfilteranlage			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer		
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer		
Anzahl	Hersteller	Typ/Gerätenummer		
3.5 Geräte				
Unterdrucküberwachungs- /-registriergeräte:			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl	Hersteller	Typ	Anzahl Anschlüsse	
Anzahl	Hersteller	Typ	Anzahl Anschlüsse	
Niederdruckspritzgeräte (z. B. für Restfaserbinder)			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl	Hersteller	Typ		

Stand 17.02.2022

Atemschutz mit Gebläseunterstützung			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Atemschutz ohne Gebläseunterstützung			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Schutzkleidung: Einweganzüge:			
	Hersteller	Typ	
	Hersteller	Typ	
Schutzkleidung: Mehrweganzüge			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl	Hersteller	Typ	
Anzahl	Hersteller	Typ	
Einrichtungen zur Gerätereinigung:			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl	Hersteller	Typ	
	Dienstleister/Anschrift		
Verfestigungsanlagen			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl:	Hersteller	Typ	Verfahren
Sonstige Abfallbehandlungsanlagen			Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl:	Hersteller	Typ	
Anzahl:	Hersteller	Typ	

Stand 17.02.2022

3.6 Kommunikation		
Funksprechgeräte	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl
Mobiltelefon	Vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anzahl
3.7 Weitere Ausstattung		
Pausen/Bereitschaftsräume	Anzahl	Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sanitäre Einrichtungen		Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl	Hersteller	Art
Anzahl	Hersteller	Art
Sonstige Ausstattungen (z. B. Notstromaggregat, Glo- vebags, Abschottung, Folientüren)		Anmietung/Leasing: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ

4.	Abfallentsorgung	
Ausstattung für die Abfallaufnahme:		
Die Abfallentsorgung erfolgt durch:		
	das eigene Unternehmen mit folgendem Verfahren (gegebenfalls Beförderungserlaubnis beifügen):	
Hierfür stehen folgende Arbeitsmittel zur Entsorgung zur Verfügung:		
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ
Anzahl:	Hersteller	Typ
	Die folgende Fremdfirma: Straße/Hausnr./PLZ/Ort:	

5.	Angaben zur Reinigung der Arbeits- und Schutzkleidung (nur bei Verwendung von Mehrweganzügen)
Die Reinigung der Arbeits- und Schutzkleidung erfolgt durch:	
	das eigene Unternehmen
	Die folgende Fremdfirma: Straße/Hausnr./PLZ/Ort:
	Die folgende Fremdfirma: Straße/Hausnr./PLZ/Ort:

6.	Freiwillige Angaben zur Betriebs- / Arbeitsschutzorganisation
-----------	--

6.1	Ist Ihr Unternehmen Mitglied einer Gütegemeinschaft mit interner Gütesicherung?				
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>		
	wenn ja, Name und Anschrift der Gütegemeinschaft:				

6.2	Wird ein Managementsystem zum Arbeitsschutz (AMS) genutzt?				
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>		

6.3	Existiert ein Betriebsrat?				
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>		

6.4	Wie erfolgt die Umsetzung der Forderungen des Arbeitssicherheitsgesetz?									
	Sicherheitstechnische Betreuung:									
	<table border="0"> <tr> <td>Intern</td> <td>extern</td> <td>bedarfsorientierte Betreuung</td> </tr> </table>	Intern	extern	bedarfsorientierte Betreuung						
Intern	extern	bedarfsorientierte Betreuung								
	<table border="0"> <tr> <td style="width: 30%;">Verantwortliche Person /FASi:</td> <td style="width: 30%;">Organisation:</td> <td style="width: 40%;">Anschrift:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Verantwortliche Person /FASi:	Organisation:	Anschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verantwortliche Person /FASi:	Organisation:	Anschrift:								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	Arbeitsmedizinische Betreuung									
	<table border="0"> <tr> <td>Intern</td> <td>extern</td> <td>bedarfsorientierte Betreuung</td> </tr> </table>	Intern	extern	bedarfsorientierte Betreuung						
Intern	extern	bedarfsorientierte Betreuung								
	<table border="0"> <tr> <td style="width: 30%;">Verantwortliche Person / Betriebsarzt:</td> <td style="width: 30%;">Organisation:</td> <td style="width: 40%;">Anschrift:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Verantwortliche Person / Betriebsarzt:	Organisation:	Anschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verantwortliche Person / Betriebsarzt:	Organisation:	Anschrift:								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
	Ab 20 Arbeitnehmern: Werden regelmäßige ASA-Sitzungen durchgeführt?									
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 40px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>					
Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>							

Stand 17.02.2022

6.5	Wie erfolgt die Übertragung von Aufgaben? (Festlegung der verantwortlichen Personen, Beauftragung der Aufsichtsführenden):		
6.6	Ist eine Beurteilung der Gefährdungen (Gefährdungsbeurteilung) vorhanden?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Sind Betriebsanweisungen erstellt?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Liegen Unterweisungsunterlagen vor?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

6.7	Wie wird der Fortbildungsbedarf zum Erhalt der Qualifikation im Arbeitsschutz für alle mit Arbeitsschutzaufgaben betrauten Mitarbeiter im Betrieb ermittelt und gedeckt?		
	Für Führungskräfte?		
	Für Fachpersonal?		

6.8	Wird eine Arbeitsmedizinische Vorsorgekartei geführt?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

6.9	Wird ein Expositionsverzeichnis geführt (§ 14 Abs. 3 GefStoffV)?		
	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

6.10	Wie ist die Prüfung und Wartung der Arbeitssmittel, die für die Tätigkeiten mit Asbest genutzt werden, organisiert (§ 5 DGUV V3 und § 8 Abs. 1 Nr. 2 GefStoffV i. V. m. § 14 BetrSichV)?		

7. Beigefügte Unterlagen:

	Kopie der Handelsregistereintragung/Gewerbeanmeldung
	Kopien der Bescheinigungen über die erfolgreiche Teilnahme der im Unternehmen beschäftigten Sachkundigen an behördlich anerkannten Sachkundelehrgängen
	Mustervorlage der schriftlichen Beauftragung der Aufsichtsführenden, aus dem die Weisungsbefugnis des Aufsichtsführenden hervorgeht
	Nachweis der Fachkunde der Personen für die Bedienung und Überwachung der sicherheitstechnischen Einrichtungen (z.B. Nachweis der praktischen Erfahrung und/oder Bescheinigung der Teilnahme an einer Herstellerunterweisung)
	Kopie des Fachkundenachweises des Gerätesachkundigen für Sicherheitstechnik
	Kopie des Fachkundenachweises des Gerätesachkundigen für Atemschutz
	Gefährdungsbeurteilungen und Arbeitspläne für die beantragten Tätigkeiten, Unterweisungsbelege, Betriebsanweisungen
	Technische Datenblätter der eingesetzten Geräte (Baumusterprüfungen, Prüfzertifikate der Geräte, technische Datenblätter etc.)
	Bescheinigung der Vermietungs-/Leasing-Firma über die Möglichkeit des Geräteleasings (Vorlage der Vertragsunterlagen) mit detaillierten Angaben der nach Nr. 3 eingesetzten Geräte
	Nachweise zur Gewährleistung der sicheren betriebsbereiten Vorhaltung der technischen Ausstattung nach Anlage 8/TRGS 519 bei der Nutzung von Miet- oder Leasinggeräten
	Nachweise der Faseremissionen von Raumluftfilteranlagen und Hochleistungsvakuumsauggeräten gem. Ziffer 8.2 Abs. 2 der TRGS 519 ²
	Prüfergebnisse lufttechnischer Anlagen gem. Ziffer 8.2 Abs. 8 der TRGS 519

Freiwillige Angaben:

	Kopien der Bestellungen/Verträge von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit
	Bei Teilnahme am Unternehmermodell entsprechenden Kopie des Nachweises über den erfolgreichen Besuch der Motivations- und Informationsveranstaltung
	Aktuelle Nachweise (Pflichtvorsorge) nach der Verordnung über die arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV)
	Bestätigung über die Teilnahme der Ersthelfer an einem Erste-Hilfe-Lehrgang
	Eignungsnachweise des Herstellers für die verwendete Schutzkleidung
	Wartungsverträge
	Leihverträge
	Werkverträge
	Dienstleistungsverträge

Datum

Unterschrift der Vertretungsberechtigten Person

² Bei lufttechnischen Anlagen, deren Eignung durch Messung nach VDI 3861 Blatt 2 nachgewiesen wird, muss aus dem Messbericht hervorgehen, dass die Asbestfaserkonzentration auf der Rohgasseite mindestens 100.000 Fasern/m³ betrug. Ansonsten ist der Nachweis der Eignung nicht erbracht.

Hinweise:

Im Rahmen des Zulassungsverfahrens müssen Sie nachweisen, dass Sie für die von Ihnen geplanten Tätigkeiten über die nachstehend beschriebene Mindestausstattung verfügen. Bei der Durchführung der Tätigkeiten ist diese Ausstattung auf der Baustelle einzusetzen bzw. am Betriebshof betriebsbereit vorzuhalten.

Mindestausstattung:

1. Abbruch- und Sanierungsarbeiten an Spritzasbest		
Bezeichnung	Stückzahl	Bemerkungen
Personal-Dekontaminationsanlage	1	mindestens 4-Kammersystem
Material-Dekontaminationsanlage	1	mindestens 2-Kammersystem
Raumluftechnische Anlagen	1	
Industriestaubsauger oder ortsveränderliche Entstauber	3	gemäß der Anforderungen nach Nr. 8.2 (2) TRGS 519
Abwassersammelbehälter, ggf. Abwasserfilteranlage	1	
Unterdruckmessgerät mit Registrierung	1	3 Kanäle
Sprechfunkgeräte	2	ersatzweise Telefon
Niederdruckspritzgerät	1	
Höchstleistungs-Vakuumsauggerät HVG	1	35kPa, möglichst mit Sammelbehälter, Haupt- und Sicherheitsfilter sowie Pumpe in einem Block
Gebläseunterstützte Atemschutzsysteme	Zahl der Beschäftigten auf der Baustelle + 3	Vollmaske P 3
Abschottung		
Kennzeichnung des Arbeitsbereiches		
Sanitär/Waschgelegenheit vor Ort		
Verpackungsmaterial für asbesthaltige Materialien		Kennzeichnung nach Anlage 2
Ggf. Behältnisse zur Sammlung asbesthaltiger Mehrweg- oder Arbeitskleidung		Kennzeichnung nach Anlage 2
Einrichtung zur Gerätereinigung, sofern diese vom antragstellenden Betrieb selbst durchgeführt wird	1	auf Betriebshof; Schwarzbereich mit Schleusen

2. Abbruch- und Sanierungsarbeiten an schwach gebundenen Asbestprodukten – ohne Spritzasbest –

Bezeichnung	Stückzahl	Bemerkungen
Personal-Dekontaminationsanlage	1	mindestens 3-Kammersystem
Material-Dekontaminationsanlage	1	mindestens 2-Kammersystem
Raumluftechnische Anlagen	1	
Industriestaubsauger oder ortsveränderliche Entstauber	3	gemäß der Anforderungen nach Nr. 8.2 (2) TRGS 519
Abwassersammelbehälter, ggf. Abwasserfilteranlage	1	
Unterdruckmessgerät mit Registrierung	1	3 Kanäle
Sprechfunkgeräte	2	ersatzweise Telefon
Niederdruckspritzgerät	1	
Gebläseunterstützte Atemschutzsysteme	Zahl der Beschäftigten auf der Baustelle + 3	Vollmaske P 3
Abschottung		
Kennzeichnung des Arbeitsbereiches		
Sanitär/Waschgelegenheit vor Ort		
Verpackungsmaterial für asbesthaltige Materialien		Kennzeichnung nach Anlage 2
Ggf. Behältnisse zur Sammlung asbesthaltiger Mehrweg- oder Arbeitskleidung		Kennzeichnung nach Anlage 2
Einrichtung zur Gerätereinigung, sofern diese vom antragstellendem Betrieb selbst durchgeführt wird	1	auf Betriebshof; Schwarzbereich mit Schleusen

3.**Abbruch- und Sanierungsarbeiten geringen Umfangs an schwach gebundenen Asbestprodukten (z. B. Maler- oder Klempnerarbeiten)**

Bezeichnung	Stückzahl	Bemerkungen
Personal-Dekontaminationsanlage	1	
Material-Dekontaminationsanlage	1	
Raumlufttechnische Anlage/Entlüftungsgerät	1	Bei kleinen Räumen: Verwendung eines geeigneten Industriesaugers/Entstaubers nach Anlage 7 TRGS 519, (nach Nummer 14.4 Absatz 3 TRGS 519 ist ein achtfacher Luftwechsel pro Stunde zu gewährleisten)
Industriestaubsauger oder ortsveränderliche Entstauber	3	gemäß der Anforderungen nach Nr. 8.2 (2) TRGS 519
Niederdruckspritzgerät	1	
Sanitär/Waschgelegenheit vor Ort		
Kennzeichnung des Arbeitsbereiches		
Abschottung/Folientür		
Verpackungsmaterial für asbesthaltige Materialien Sanitär/Waschgelegenheit vor Ort		Kennzeichnung nach Anlage 2
Behältnisse zur Sammlung asbesthaltiger Mehrweg- oder Arbeitskleidung		Kennzeichnung nach Anlage 2
Behältnisse zur Sammlung asbesthaltiger Mehrweg- oder Arbeitskleidung Verpackungsmaterial für asbesthaltige Materialien		Kennzeichnung nach Anlage 2
Einrichtung zur Gerätereinigung, sofern diese vom antragstellendem Betrieb selbst durchgeführt wird	1	auf Betriebshof; Schwarzbereich mit Schleusen