Nummer: bitte eintragen

**Betriebsanweisung**

**Hautschutzmaßnahmen**

***Name / Logo
des Betriebes***

Datum: bitte eintragen

Verantwortlich: Name und Telefonnummer

Arbeitsplatz/Tätigkeitsbereich: *Hier den Geltungsbereich (z. B. Abteilung, Arbeitsplatz, Raum) eintragen*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1. Anwendungsbereich** |  |
|  |  Diese Betriebsanweisung gilt für alle Beschäftigten mit hautgefährdender Tätigkeit. |
|  | **2. Gefahren für Mensch und Umwelt** |  |
|  | Beruflich bedingte Hauterkrankungen können bei folgenden Tätigkeiten auftreten: * Umgang bzw. Kontakt mit hautbelastenden Stoffen, wie Reinigungsmitteln
* Umgang bzw. Kontakt mit Wasser bzw. Nässe
* Tragen von feuchtigkeitsdichten Handschuhen
* Häufiges Reinigen bzw. Desinfizieren der Hände
* Mechanische Belastung, Verletzung (z. B. Schnitt, Schürfung) oder thermische Belastung (z. B. Verbrennung oder Erfrierung)
* Kleine, zunächst unbedeutend erscheinende Schädigungen/Verletzungen der Haut können zu „Eintrittspforten“ für andere Einwirkungen werden, wie Chemikalien, Bakterien, Allergene usw.
 |
| **3. Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln** |
|  | * Hautschutzmittel und Schutzhandschuhe sind entsprechend dem am Waschplatz aushängenden Hautschutz- und Hygieneplan anzuwenden.
* Reinigung der Hände nur wenn sichtbare Verschmutzung vorhanden.
* Reinigung mit lauwarmem Wasser und pH-hautneutralen Handwaschmitteln („Syndets“).
* Händedesinfektion, ausschließlich wenn aus hygienischen Gründen erforderlich.
* Möglichst keine Kombinationspräparate (Reinigung und Desinfektion) verwenden.
* Beim Vorliegen von Feuchtarbeit: Vorsorge über den Arbeitsmediziner anbieten.
 |
| **4. Verhalten bei sich abzeichnenden Hautschäden** |
|  | Bei den ersten Anzeichen einer Hautschädigung (z. B. Rötung, Schuppung, Juckreiz) durch die Arbeit ist der Vorgesetzte bzw. der Betriebsarzt oder ein Hautarzt aufzusuchen und die Fachkraft für Arbeitssicherheit zu informieren. |
| **5. Verhalten bei kleineren Verletzungen** |
|  | * Bei kleineren Verletzungen ist die Wunde flüssigkeitsdicht abzudecken.
* Dokumentation im „Verbandbuch“ und bei Erfordernis an D-Arzt aufsuchen.
 |
|  |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Freigabedatum:Nächster Überprüfungstermin dieser Betriebsanweisung: | Unterschrift:Geschäftsleitung/Vorgesetzte Person |

***Diese Musterbetriebsanweisung muss auf die Gegebenheiten des jeweiligen Betriebes angeglichen werden!*** |  |