

**Nachweis für eine arbeitsplatzbezogene Unterweisung  
gemäß §12 Arbeitsschutzgesetz  
und § 4 DGUV-V1**



erstmalige Unterweisung

jährliche Unterweisung

\_\_\_\_\_

Die Unterweisung wurde durchgeführt von:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Nächste Unterweisung am: \_\_\_\_\_

**Inhalt der Unterweisung:**

Schutzkonzept zur Durchführung ärztlich verordneter Therapiemaßnahmen  
in der Stiftung Scheuern s.Anlage

**Hiermit bestätige ich die Teilnahme an der Unterweisung:**

| Name | Vorname | Arbeitsbereich | Unterschrift |
|------|---------|----------------|--------------|
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |
|      |         |                |              |

Ort, Datum

Unterschrift Unterweisender