

Supervisor Safety Information Local Nationals



86 AW Host Nation Safety Office



- Mr. Marc Adam
marc.adam.de@us.af.mil
- Ms. Jasmin Tietze
jasmin.tietze.de@us.af.mil
- DSN 489-8829
(0631-536 8829)
- Located at Bldg. 2330
- 86 AW Share point



<https://portal.usafe.af.mil/sites/86AW/SE/default.aspx>

86 AW Host Nation Safety Office



Basic Duties

- Assist
 - Supervisors when assessing risk (working conditions)
 - Development of mishap prevention strategies (Policy/guidance into managerial activities)
- Engineering reviews
 - Prevention activities (work environment, employee behavior and work practices)
 - Design Reviews, Demolitions, Work Orders, Traffic Safety, Facilities Board
- Conduct mishaps investigations
- Offer general advice to help meet provisions
 - Leadership / managers
 - Workplace representatives
 - Employees
 - Safety Representatives

86 AW Host Nation Safety Office



Basic Duties cont.

- Documentation, obligatory reporting
- Involvement in enterprise meetings
- Self-organization (Training, Networking)
- On Site
 - Annual program assessments
 - Annual inspections
 - Staff assistance visits (SAV)
 - No-notice spot inspections
- Link between external agencies
 - Representatives of German MOD
 - Representatives of Federal Accident Insurance Carrier
 - US Army/DECA/EXCHANGE/IMCOM/DLA
 - Police and Fire Departments

Why do we need Safety?



WARNING

**This gallery contains graphic
images that some viewers
may find disturbing**

Why do we need Safety?



Why do we need Safety?



Which counts?
US/Mil or DE/EU Provisions?

BOTH!!!!



Based on

- NATO SOFA SA

- Article 53

- 5.Cooperation between the authorities of a force and the German authorities in accordance with Article 53 and, if appropriate, in conjunction with Article 53A, shall extend in particular to the following fields:

- (c) Public safety and order, including fire precautions (fire protection and assistance); disaster control; industrial safety (Arbeitsschutz); prevention of accidents; and safety measures such as those pertaining to rifle ranges, ammunition depots, fuel depots, and dangerous plants.

- Article 56 (3) of the Protocol of Signature

- Accident-prevention regulations under German law shall be taken into account only to the extent that a force or civilian component has not issued corresponding accident-prevention directives. (...)

Based on cont.

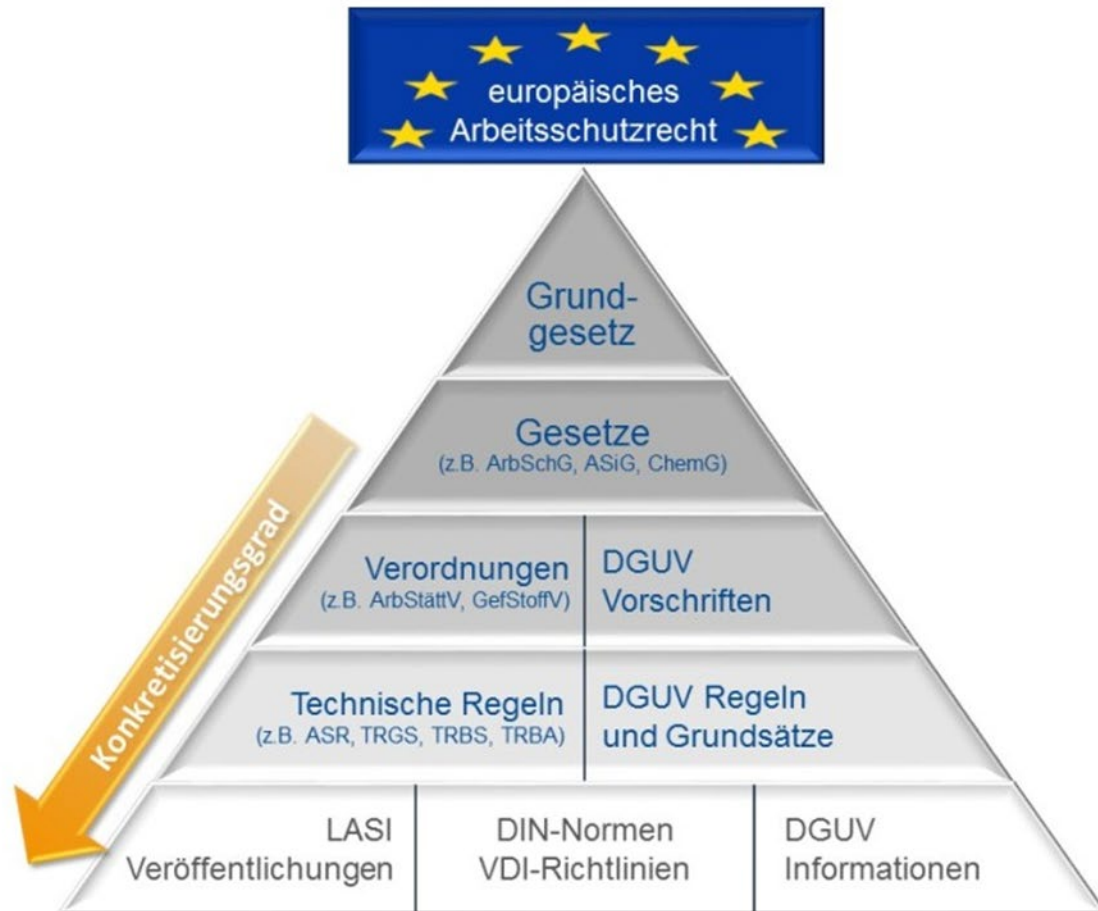
- *AFI 91-202 THE US AIR FORCE MISHAP PREVENTION PROGRAM*
 - (...)It applies to all Regular Air Force, Air Force Reserve and Air National Guard (ANG) military and civilian personnel (...)
 - At enduring and contingency locations outside the United States, follow the requirements in this instruction so long as they do not conflict with applicable requirements from any of the following: host nation requirements made applicable by international agreement,
 - 1.6.41. Employee. The term Employee applies to all DoD civilian and military personnel, and Department of the Air Force military personnel (...)
 - Department of Defense Civilian Personnel. Includes (...) Direct-Hire Foreign-national civilians employed by the Air Force (Air Force Foreign Nationals [AFFN]) and Army-Air Force Exchange Service employees.
 - 1.6.27.5. Ensure a proactive mishap prevention program is implemented to include procurement and proper use of PPE, and facility compliance with AFOSH guidance and OSHA standards. Note: Overseas installations will also need to consider host nation standards.

Based on cont.

- **German Provisions**

- **Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV = Ordinance of Work places)**
 - (...) If the published rules are observed, it can be presumed that the requirements of the Ordinance of Work Places (ArbStättV) have been met. If the employer does not apply these rules, other measures must ensure the same level of safety and protection of the health of the employees.
- **Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV = Work equipment Safety Ordinance)**
 - §4 (3) In observing these rules and results, it can be assumed that the requirements carry out in this regulation have been met. It is possible to deviate from the rules and findings if safety and health are guaranteed at least in a comparable way by other measures.

Lets talk local provisions



Authorities

- **Government**

- German Ministry of Defense (ÖrA BW / BAIUD)
- Federal Accident Insurance Agency (UVB)

- **Local Authorities**

- Occupational Protection Committee (ASA)
 - Advises and discusses local discrepancies
 - Chairs
 - ✓ Occupational Safety
 - ✓ Works Council,
 - ✓ Company Physician
 - ✓ Public Health
 - ✓ BIO Environmental
 - ✓ Safety Representatives from the squadrons
- Works Councils / Severely Handicapped Employee Representatives



Accident Insurance (UVB)

- Works on behalf of the Federal Accident Insurance Agency
- Located in Mainz
- Accident insures every German public services employee
 - Hospitals, German Forces, German Police, etc.

Federal Accident Insurance Agency (UVB)

- Responsibilities

- ✓ Prevention of occupational accidents, health risks and occupational illnesses
- ✓ Sets safety standards and provides information
- ✓ Rehabilitation of injured and sick employees
- ✓ Compensation for insured employees, family members and surviving dependents
- ✓ Compilation, verification and processing of accident/illness reports
- ✓ Provides training for personnel involved with occupational safety
- ✓ Evaluates and administers controls to ensure requirement compliance

Supervisor Responsibilities

- **Basic duties**

- Corporate responsibilities = Leadership responsibilities
- Takes measures necessary to prevent
 - ✓ accidents
 - ✓ occ. illnesses
 - ✓ other work-related health risks
- Provides adequate PPE
- Arranges Occupational Health Care (Public Health)



Supervisor Responsibilities

• **Safety Training/Meetings**

- Employees must receive training/instruction **before** starting a new job, (Hazards, PPE, Safety information, First aid, Occupational Health Care, Emergency plan etc.)
- Safety training is required when,
 - New equipment is purchased
 - Processes in the work center change
 - Mishap occurred
 - Specific training based on the program requirements of the work place (Haz. Energy Control, Confined Space, Forklift, Laser Safety, etc.)
- Document training (*Form 55/* include date, participants, topic and signatures; file in each employee's record or shop safety binder)



Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions** (Gefährdungsbeurteilung)
 - What is it?
 - Required by law, analysis and evaluation of each existing work place hazard
 - When is it required?
 - Must be established for each employee **or** each occupancy
 - How often is it required?
 - After initial evaluation, only update it for:
 - Changes in processes
 - New hazards
 - Different or additional work tasks
 - Moving or changing work places



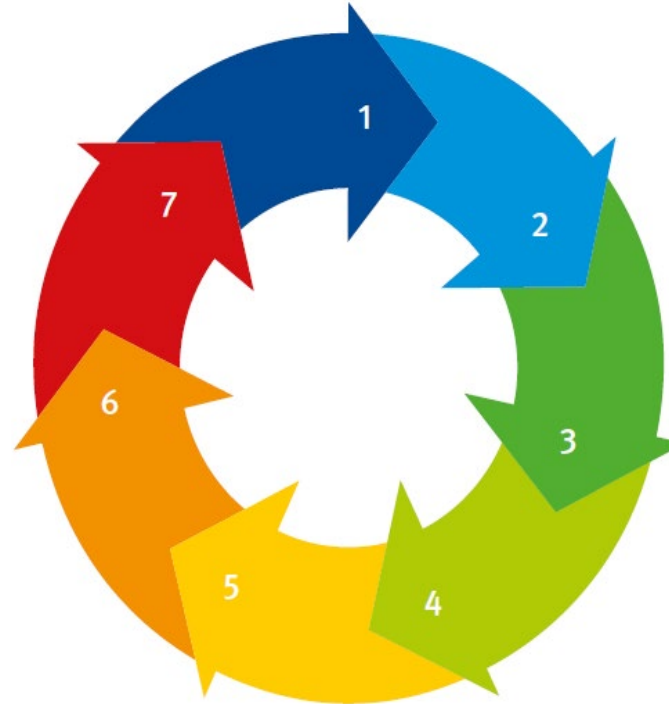
Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions** (Gefährdungsbeurteilung)

How ?

7 Steps of Risk Management

- 1) Establish work space and occupancies
- 2) Determine the hazards
- 3) Evaluate the hazards
- 4) Develop Controls
- 5) Implement Controls
- 6) Review effectiveness of controls
- 7) Update Assessment of working conditions




Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions (Gefährdungsbeurteilung)**

How ?

7 Steps of Risk Management

- 1) Establish work space and occupancies
- 2) Determine the hazards
- 3) Evaluate the hazards
- 4) Develop Controls 
- 5) Implement Controls
- 6) Review effectiveness of controls
- 7) Update Assessment of working conditions

Hierarchy of control



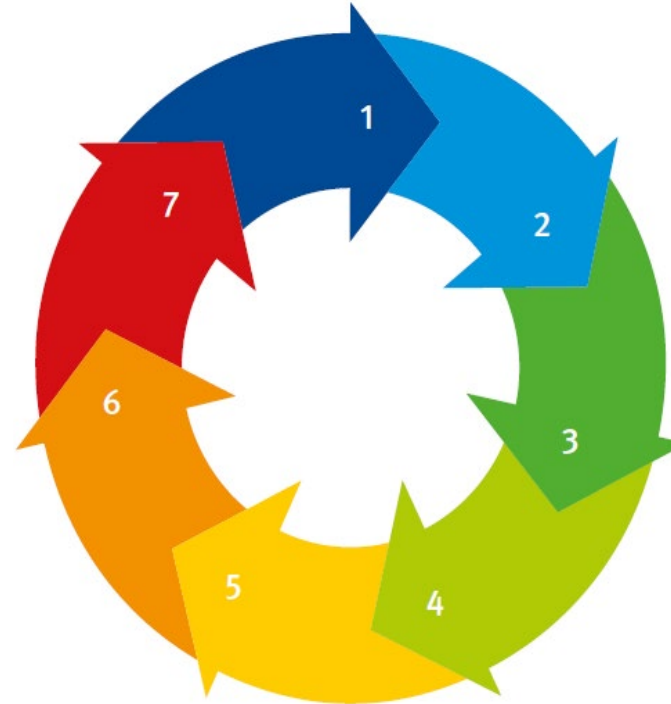
Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions** (Gefährdungsbeurteilung)

How ?

7 Steps of Risk Management

- 1) Establish work space and occupancies
- 2) Determine the hazards
- 3) Evaluate the hazards
- 4) Develop Controls
- 5) Implement Controls
- 6) Review effectiveness of controls
- 7) Update Assessment of working conditions



Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions** (Gefährdungsbeurteilung)
 - Is there a required format?

Nein!

Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions (Gefährdungsbeurteilung)**

Gefährdungsbeurteilung und festgelegte Schutzmaßnahmen nach ArbSchG § 6					
Arbeitsbereich: Berufskraftfahrer		Verantwortlicher:		Datum: Maerz 2014	gültig bis:
Tätigkeit (an/in/mit)	Gefährdung	Schutzmaßnahme	Handlungsbedarf?	weitere Infos	Realisierung wer/wann
+					
Fahrtätigkeiten mit dem LKW auf dem Hof	Unzureichende Kenntnisse über Gefahren Gegenseitige Gefährdung mit/durch andere Verkehrsteilnehmer: Fußgänger (Kollegen, Privatpersonen etc.), Stapler etc.	Geschwindigkeitsbegrenzung auf 15 km/h Unterverweisung der Fahrer	Nein		
An- und Abkuppeln der Anhänger	Fehlerhaftes Ankuppeln; Folge: Ausbrechen bzw. Lösen des Anhängers bei der Fahrt Fehlerhaftes Abkuppeln; Folge: Wegrollen des Anhängers oder LKW	Sicheres An- und Abkuppeln gemäß Betriebsanleitung des Herstellers Regelmäßige Prüfung des Systems auf Schäden Ueberpruefung des Fahrzeugs vor der Abfahrt	Nein		
Rangieren von hellen in dunkle Bereiche und umgekehrt oder bei versperrter Sicht	Gefahr an unübersichtlichen Stellen Stapler Verkehr	Ist die Sicht auf die Fahrbahn versperrt oder wird zwischen hellen und dunklen Bereichen (= hoher Kontrast) rangiert, ist ein Einweiser zwingend erforderlich. Bei Dunkelheit und Daemmerung immer das Licht an den Rampen einschalten.	Nein		
Ein- und Aussteigen in den LKW	Falsche Benutzung des Lkw-Aufstiegs beim Einsteigen, vor allem beim Aussteigen aus dem Lkw-Führerhaus Ausgleiten/ Sturz vom Aufstieg und Um- knicken auf dem Boden Von anderen Fahrzeugen erfasst werden (z. B. im öffentlichen Straßenverkehr durch Autos, im innerbetrieblichen Verkehr durch Radlader oder Gabelstapler)	Nicht springen Vorwärts einsteigen und rückwärts aussteigen! Sicher festhalten: Eine Hand am Haltegriff und eine Hand an der Halte-stange. Nicht mit Gegenständen (Frachtpapieren, Proviant) in den Händen ein- oder aussteigen. Sicher auftreten: Schuhe großflächig auf die Stufen des Lkw-Aufstiegs auf-setzen. -Festes Schuhwerk tragen! Holzpantinen, Pantoffeln etc. sind ungeeignet. - Umsichtig bewegen; auf Trittläche achten. Sicherer Lkw-Aufstieg: Keine Fußmatten auflegen! Fußmatten verringern die	Nein		

Supervisor Responsibilities cont.

- **Assessment of working conditions** (Gefährdungsbeurteilung)

Must contain the following data:

- ✓ Involved Employees
- ✓ Affected Work Center
- ✓ Existing Hazards
- ✓ Developed Controls
- ✓ Responsibility for Implementation



Supervisor Responsibilities cont.

- **Safety Representative (Sicherheitsbeauftragter)**

- Assigned by supervisor
- Appointed by the unit
- Supports supervisor and commander
 - ✓ implementing accident prevention measures
 - ✓ reports safety hazards immediately
 - ✓ suggests abatement measures
 - ✓ works to promote responsible behavior
- A (LN) safety representative shall be assigned for each flight/squadron
- This position is voluntary (training is offered, at no cost by the UVB)
- Functions as advisor only (promotes safety, encourages colleague participation)

*Slides and Information material is available at the share point page

<https://portal.usafe.af.mil/sites/86AW/SE/default.aspx>

Supervisor Responsibilities cont.

- **Legal Repercussions**

As a supervisor, it is your legal responsibility to make your workplace a safe environment for your employees. If you neglect your legal responsibility, you may face different consequences. This could be termination, write ups, hefty fines, demand for recourse and the possibility of a jail sentence.



Durchgangsärzte

- By Accident Insurance appointed physicians
 - For medical treatment of **on-the-job injuries**, LN employees **must** see a physician appointed by the accident insurance carrier
 - Injuries that require consulting an eye, ear, nose, or throat specialist are excluded

Note: In these cases, any specialist can be immediately consulted

- Where can I find this list?
 - 86 AW Safety SharePoint site
 - DGUV Informationsdienst der Landesverbände
 - List includes all assigned physicians in the nearby area



Occupational Medicine Physicians (Betriebsarzt)



- What is it?

The employer is required by law to hire or contract a certified occupational medicine physician.

Main roles

- Advising on occupational health related questions and matters, (adequate PPE, job site analysis, etc.)
- Conducts inspections and evaluates work place safety
- Provides occupational medical exams for employees who work in hazardous environments (dangerous goods, noise, etc.)

- Where is it?

The Air Force contracted occupational medicine physician and clinic is located in Merkurstraße 9 in Kaiserslautern

For appointments and questions please get in touch with the liaison office at

86 MDG Public Health, Occupational Health Section

(Ms. Christine SCHMIDT 479-2239 or Ms. Lilo GMUER 479-2252)



Mishap Reporting

In addition to the AF 978, Supervisor Mishap Report, Supervisor fills out the AEF 385-10A in German

Forward signed form to CPO office and cc the 86 AW Safety office. CPO will distribute to different agencies

You will find an explanation (in German and English) on how to fill the form out correctly at the end of the form on Page 9

Block Number and Name	Translation	Instructions
18. Verletzte(s) Körperteil(e)	Injured body part(s)	List the injured body parts (for example, lower left arm, right foot, left side of head).
19. Art der Verletzung	Nature of injury	Enter the nature of the injury (for example, sprain, fracture, burn).
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)	Who was the first person to find out about the accident? (Name and address of witness.)	Enter the name and address of the person who witnessed the accident or the name of the first person notified of the accident. Check Ja (yes) or Nein (no).
21. Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/ Krankenhaus	Name and address of the doctor or hospital providing initial treatment	Enter the name and address of the doctor or hospital who first treated the injured employee.
22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten	Beginning and end of the insured person's workhours	Enter the time the employee's regular workday— - Begins (Stunde (hour), Minute (minute)). Complete this block even if work could not be started. (For example, enter 8:30 a.m. as 0830.) - Ends (Stunde (hour), Minute (minute)). Enter the time the injured person stopped working because of the accident.
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/alt	Employed at the time of the accident as	Enter the position title (for example, locksmith, accounting clerk). Do not use generic titles such as laborer or salaried employee.
24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?	Since when performing this function?	Enter the Month (MM) and Jahr (YYYY) of assignment to the position shown in block 23. If unknown, contact the servicing civilian personnel advisory center.
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?	In what branch of the organization is the insured person regularly employed?	Enter the branch name (for example, motor pool, reproduction room, supply room). Specify its location (for example, locksmith's shop, Directorate of Public Works, Rhine Ordnance Barracks, Kaiserslautern).
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?	Did the insured person discontinue work?	Mark the appropriate block (Nein (no), Sofort (immediately), or Später am (later on)) and state the Tag (DD), Monat (MM), and Stunde (hour) if the person stopped working later.
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	Did the insured person resume work?	Check Nein (no) or Ja, am (yes, on). If Ja, am (yes, on), select date from calendar.
28. Datum	Date	Enter the Datum (date) the accident form is completed and signed.
Unternehmer/Bevollmächtigter	Entrepreneur/authorized person	Print the name of the person completing the report (commander, agency head, or other designated person (usually the employer's supervisor)). The person completing the report must sign in this field. NOTE: A handwritten signature is required; an electronic signature using a common access card is not authorized.
Betriebsrat (Personalarzt)	Works council	Print the name of the servicing works council chair or representative. Enter "None" if the employee does not have a servicing works council. The servicing works council chair or representative must sign in this field. NOTE: A handwritten signature is required; an electronic signature using a common access card is not authorized.
Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft)	Telephone number for inquiries (safety specialist)	The processing safety office must enter the commercial telephone number of the responsible safety specialist.

Block Number and Name	Translation	Instructions
18. Verletzte(s) Körperteil(e)	Injured body part(s)	List the injured body parts (for example, lower left arm, right foot, left side of head).
19. Art der Verletzung	Nature of injury	Enter the nature of the injury (for example, sprain, fracture, burn).
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)	Who was the first person to find out about the accident? (Name and address of witness.)	Enter the name and address of the person who witnessed the accident or the name of the first person notified of the accident. Check Ja (yes) or Nein (no).
21. Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/ Krankenhaus	Name and address of the doctor or hospital providing initial treatment	Enter the name and address of the doctor or hospital who first treated the injured employee.
22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten	Beginning and end of the insured person's workhours	Enter the time the employee's regular workday— - Begins (Stunde (hour), Minute (minute)). Complete this block even if work could not be started. (For example, enter 8:30 a.m. as 0830.) - Ends (Stunde (hour), Minute (minute)). Enter the time the injured person stopped working because of the accident.
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/alt	Employed at the time of the accident as	Enter the position title (for example, locksmith, accounting clerk). Do not use generic titles such as laborer or salaried employee.
24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?	Since when performing this function?	Enter the Month (MM) and Jahr (YYYY) of assignment to the position shown in block 23. If unknown, contact the servicing civilian personnel advisory center.
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?	In what branch of the organization is the insured person regularly employed?	Enter the branch name (for example, motor pool, reproduction room, supply room). Specify its location (for example, locksmith's shop, Directorate of Public Works, Rhine Ordnance Barracks, Kaiserslautern).
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?	Did the insured person discontinue work?	Mark the appropriate block (Nein (no), Sofort (immediately), or Später am (later on)) and state the Tag (DD), Monat (MM), and Stunde (hour) if the person stopped working later.
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	Did the insured person resume work?	Check Nein (no) or Ja, am (yes, on). If Ja, am (yes, on), select date from calendar.
28. Datum	Date	Enter the Datum (date) the accident form is completed and signed.
Unternehmer/Bevollmächtigter	Entrepreneur/authorized person	Print the name of the person completing the report (commander, agency head, or other designated person (usually the employer's supervisor)). The person completing the report must sign in this field. NOTE: A handwritten signature is required; an electronic signature using a common access card is not authorized.
Betriebsrat (Personalarzt)	Works council	Print the name of the servicing works council chair or representative. Enter "None" if the employee does not have a servicing works council. The servicing works council chair or representative must sign in this field. NOTE: A handwritten signature is required; an electronic signature using a common access card is not authorized.
Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft)	Telephone number for inquiries (safety specialist)	The processing safety office must enter the commercial telephone number of the responsible safety specialist.

Print Form E-mail Form Diese Seite drucken. Prescribing Directive Original

UNFALLANZEIGE/IN ACCIDENT REPORT (Pending publication.)

2 1. Name und Anschrift des Unternehmens/der Dienststelle 2. Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 4. Name, Vorname des Versicherten 5. Geburtsdatum Tag Monat Jahr

6 6. Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort Telefonnummer des Versicherten

7 7. Geschlecht Männlich Weiblich 8. Staatsangehörigkeit 9. Leiharbeitsnehmer Ja Nein

8 10. Auszubildender Ja Nein 11. Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet

9-1 12. Anspruch auf Unfallfortzahlung besteht für 1 Wochen 13. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

9-2 14. Tödlicher Unfall Ja Nein 15. Unfallzeitpunkt Tag Monat Jahr Stunde Minute 16. Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen)

Die Angaben beruhen auf Schilderung des Versicherten anderer Personen

18. Verletzte(s) Körperteil(e) 19. Art der Verletzung

20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) War diese Person Augenzeuge? Ja Nein

21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses 22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten Beginn Stunde Minute Ende Stunde Minute

23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/alt 24. Seit wann bei dieser Tätigkeit? Monat Jahr

25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?

26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? Nein Sofort Später, am Tag Monat Stunde

27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? Nein Ja, am Tag Monat Jahr

28. Datum Unternehmer/Bevollmächtigter Betriebsrat (Personalarzt) Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft)

Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden) Verteiler: Kopie 1: BAfWBW Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD

AE FORM 385-10A (TEMP), NOV 15 Replaces AE Form 385-40A, Nov 12./Ersetzt AE Form 385-40A, Nov 12. LCD Vers. 01.00 Page 1 of 1

Mishap Reporting

CPO

Go to page		UNFALLANZEIGE/LN ACCIDENT REPORT (Pending publication.)										
2	1. Name und Anschrift des Unternehmens/der Dienststelle					2. Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers						
3	86 AW					4 1 1 6 0 9 0 0						
4	AFB Ramstein											
5	66877 Ramstein-Miesenbach											
6	3. Empfänger					Beschäftigungs-kategorie						
7	Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB) Weserstr. 47 26382 Wilhelmshaven					Beschäftigt bei						
8						<input type="checkbox"/> U.S. Army <input checked="" type="checkbox"/> U.S. Air Force <input type="checkbox"/> AAFES <input type="checkbox"/> Sonstige (Genauere Bezeichnung)						
9-1												
9-2												
4. Name, Vorname des Versicherten					5. Geburtsdatum		Tag		Monat		Jahr	
Jasmin Tietze							2 7		0 5		1 9 8 4	
6. Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort			Telefonnummer des Versicherten			
Im Rabbithole				6 6 6 6 6		Wunderland						
7. Geschlecht			8. Staatsangehörigkeit			9. Leiharbeitnehmer						
Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input checked="" type="checkbox"/>			deutsch			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/>						
10. Auszubildender			11. Familienstand									
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet									
12. Anspruch auf Entgeltfortzahlung				13. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)								
besteht für 1 2 Wochen												
14. Tödlicher Unfall		15. Unfallzeitpunkt				16. Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)						
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/>		Tag		Monat		Jahr		Stunde		Minute		
		2 7		0 6		2 0 1 9		0 9		0 0		
16. Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ) Bldg. 2330 Rm 112												
17. Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Teilung, Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffe)												

Mishap Reporting

Detailed description
Sequence of event

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) Beim Versuch eine Pinnwand aufzuhaengen rutsche Frau Tietze von der Leiter ab und fiel zu Boden. Dabei traf sie die Pinnwand am Kopf.										
Die Angaben beruhen auf Schilderung					<input type="checkbox"/> des Versicherten		<input type="checkbox"/> anderer Personen			
18. Verletzte(s) Körperteil(e) Kopf					19. Art der Verletzung Platzwunde					
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) Alice							War diese Person Augenzeuge? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Nardini Krankenhaus Landstuhl					22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
					Beginn		Ende			
		Stunde	Minute		Stunde	Minute				
		0	7	0	0	1	6	0	0	
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Fachkraft fuer Arbeitssicherheit					24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?					
					Monat		Jahr			
					0	9	2	0	1	
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? Safety										
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?					<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am	Tag	Monat	Stunde
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?					<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am	Tag	Monat	Jahr	
28. Datum 27/06/2019	Unternehmer/Bevollmächtigter Queenofhearts		Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft) 0631-536-8829				
Verteiler:										
Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden)			Kopie 1: BAIUDBw Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council			Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD				

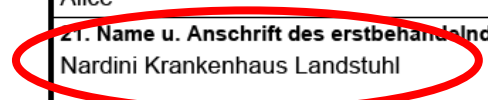
Mishap Reporting

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) Beim Versuch eine Pinnwand aufzuhaengen rutsche Frau Tietze von der Leiter ab und fiel zu Boden. Dabei traf sie die Pinnwand am Kopf.																					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Description of injury to the extend of knowledge</div>																					
Die Angaben beruhen auf Schilderung					<input type="checkbox"/> des Versicherten		<input type="checkbox"/> anderer Personen														
18. Verletzte(s) Körperteil(e) Kopf					19. Art der Verletzung Platzwunde																
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) Alice							War diese Person Augenzeuge? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Nardini Krankenhaus Landstuhl					22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten																
					<table border="1"> <tr> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>		Stunde	Minute	Stunde	Minute	0	7	0	0	<table border="1"> <tr> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> </tr> </table>			Stunde	Minute	1	6
Stunde	Minute	Stunde	Minute																		
0	7	0	0																		
Stunde	Minute																				
1	6																				
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Fachkraft fuer Arbeitssicherheit					24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?																
					<table border="1"> <tr> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>9 2 0 1 7</td> </tr> </table>		Monat	Jahr	0	9 2 0 1 7											
Monat	Jahr																				
0	9 2 0 1 7																				
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? Safety																					
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?					<input type="checkbox"/> Nein		<input checked="" type="checkbox"/> Sofort		<input type="checkbox"/> Später, am												
							<table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Stunde</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tag	Monat	Stunde										
Tag	Monat	Stunde																			
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?					<input checked="" type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, am														
							<table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr										
Tag	Monat	Jahr																			
28. Datum 27/06/2019		Unternehmer/Bevollmächtigter Queenofhearts			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft) 0631-536-8829													
Verteiler:																					
Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden)				Kopie 1: BAIUDBw Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council			Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD														

Mishap Reporting

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) Beim Versuch eine Pinnwand aufzuhaengen rutsche Frau Tietze von der Leiter ab und fiel zu Boden. Dabei traf sie die Pinnwand am Kopf.																					
Die Angaben beruhen auf Schilderung					<input type="checkbox"/> des Versicherten		<input type="checkbox"/> anderer Personen														
18. Verletzte(s) Körperteil(e) Kopf					19. Art der Verletzung Platzwunde																
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) Alice							War diese Person Augenzeuge? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>														
21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Nardini Krankenhaus Landstuhl					22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten																
					<table border="1"> <tr> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table>		Stunde	Minute	Stunde	Minute	0	7	0	0	<table border="1"> <tr> <th>Stunde</th> <th>Minute</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> </tr> </table>			Stunde	Minute	1	6
Stunde	Minute	Stunde	Minute																		
0	7	0	0																		
Stunde	Minute																				
1	6																				
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Fachkraft fuer Arbeitssicherheit					24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?																
					<table border="1"> <tr> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>9 2 0 1 7</td> </tr> </table>		Monat	Jahr	0	9 2 0 1 7											
Monat	Jahr																				
0	9 2 0 1 7																				
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? Safety																					
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?					<input type="checkbox"/> Nein		<input checked="" type="checkbox"/> Sofort		<input type="checkbox"/> Später, am												
							<table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Stunde</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tag	Monat	Stunde										
Tag	Monat	Stunde																			
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?					<input checked="" type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja, am														
							<table border="1"> <tr> <th>Tag</th> <th>Monat</th> <th>Jahr</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr										
Tag	Monat	Jahr																			
28. Datum 27/06/2019		Unternehmer/Bevollmächtigter Queenofhearts			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft) 0631-536-8829													
Verteiler:																					
Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden)				Kopie 1: BAIUDBw Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council			Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD														

Durchgangsarzt
Assigned physician



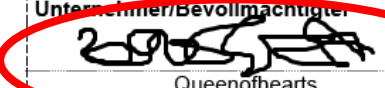
Mishap Reporting

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) Beim Versuch eine Pinnwand aufzuhaengen rutsche Frau Tietze von der Leiter ab und fiel zu Boden. Dabei traf sie die Pinnwand am Kopf.										
Die Angaben beruhen auf Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen										
18. Verletzte(s) Körperteil(e) Kopf					19. Art der Verletzung Platzwunde					
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) Alice							War diese Person Augenzeuge? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Nardini Krankenhaus Landstuhl					22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten					
					Beginn		Ende			
					Stunde		Minute		Stunde	
					0 7		0 0		1 6	
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Fachkraft fuer Arbeitssicherheit					24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?					
					Monat		Jahr			
					0 9		2 0 1 7			
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? Safety										
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> Später, am					Tag		Monat		Stunde	
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am					Tag		Monat		Jahr	
28. Datum 27/06/2019		Unternehmer/Bevollmächtigter Queenofhearts			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft) 0631-536-8829		
Verteiler:										
Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden)				Kopie 1: BAIUDBw Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council			Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD			

Position title



Mishap Reporting

17. Ausführliche Schilderung des Unfallhergangs (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gefahrstoffen) Beim Versuch eine Pinnwand aufzuhaengen rutsche Frau Tietze von der Leiter ab und fiel zu Boden. Dabei traf sie die Pinnwand am Kopf.											
Die Angaben beruhen auf Schilderung					<input type="checkbox"/> des Versicherten		<input type="checkbox"/> anderer Personen				
18. Verletzte(s) Körperteil(e) Kopf					19. Art der Verletzung Platzwunde						
20. Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen) Alice							War diese Person Augenzeuge? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
21. Name u. Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses Nardini Krankenhaus Landstuhl					22. Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten						
					Beginn		Ende				
		Stunde	Minute		Stunde	Minute					
		0	7	0	0	1	6	0	0		
23. Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als Fachkraft fuer Arbeitssicherheit					24. Seit wann bei dieser Tätigkeit?						
					Monat		Jahr				
					0	9	2	0	1	7	
25. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig? Safety											
26. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?					<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> Später, am	Tag	Monat	Stunde	
27. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?					<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, am	Tag	Monat	Jahr		
28. Datum 27/06/2019		Unternehmer/Bevollmächtigter  Queenofhearts			Betriebsrat (Personalrat)			Telefon-Nr. für Rückfragen (Sicherheitsfachkraft) 0631-536-8829			
Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (Muss auf dem Postweg oder per Fax zugestellt werden)					Kopie 1: BAIUDBw Kopie 2: United States Army Garrison SO Kopie 3: Local Works Council			Kopie 4: IMCOM-Europe Accident Insurance Specialist Kopie 5: Verunfallter Kopie 6: Unit File Kopie 7: ADD			

Print Name!!!



Occupational Illness Reporting

In accordance with USAFEI 91-202 employees are obligated to report any occupationally related illness to their supervisor, who in turn has to complete AEF 385-10B in German. The form is available through the local civilian personnel office.

Forward signed form to CPO office and Wing Safety Office. CPO will distribute to different agencies.

You will find instructions (in German and English) on how to fill out the form correctly on Page 9 and 10 of the form.



Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)		
Kopie 1: BNAU/UVB	Kopie 2: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)	Kopie 3: Local Works Council
1. Name und Anschrift des Unternehmens/der Dienststelle	2. Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers	
3. Empfänger	Beschäftigungs-kategorie	Beschäftigt bei
4. Name, Vorname des Versicherten	5. Geburtsdatum	
6. Straße, Hausnummer	7. Geschlecht	8. Staatsangehörigkeit
7. Geschlecht	9. Leiharbeitsnehmer?	
8. Straßenzahl	10. Als was ist der Versicherte regelmäßig eingesetzt?	11. Seit wann bei dieser Tätigkeit?
9. Postleitzahl	12. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig 1999?	
10. Ort	13. Ist der Versicherte der Unternehmer, Ehegatte des Unternehmers oder mit diesem verwandt?	
11. Geschlecht	14. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)	15. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?
12. Staatsangehörigkeit	16. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	17. Anspruch auf Arbeitsvergelt besteht bis
13. Ist der Versicherte der Unternehmer, Ehegatte des Unternehmers oder mit diesem verwandt?	18. Welche Krankheitserschwerungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	
14. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)	19. Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt? Wann?	
15. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?	20. Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zuerst?	
16. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	21. Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?	
17. Anspruch auf Arbeitsvergelt besteht bis	22. Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?	
18. Welche Krankheitserschwerungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	23. Wurden die unter Nummer 21 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	
19. Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt? Wann?		
20. Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zuerst?		
21. Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?		
22. Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?		
23. Wurden die unter Nummer 21 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		
Ort	den	Name des Anzeigenerstattenden Unternehmers oder seines Vertreters
Unterschrift		Unterschrift
Der Betriebsarzt (Personalrat)		(Falls ein Betriebsarzt (Personalrat) nicht besteht, ist dieses zu vermeiden.)
Der Sicherheitsbeauftragte		Unterschrift
Telefonnummer(n) für Rückfragen		

Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)		
Kopie 1: BNAU/UVB	Kopie 2: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)	Kopie 3: Local Works Council
1. Name und Anschrift des Unternehmens/der Dienststelle	2. Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers	
3. Empfänger	Beschäftigungs-kategorie	Beschäftigt bei
4. Name, Vorname des Versicherten	5. Geburtsdatum	
6. Straße, Hausnummer	7. Geschlecht	8. Staatsangehörigkeit
7. Geschlecht	9. Leiharbeitsnehmer?	
8. Straßenzahl	10. Als was ist der Versicherte regelmäßig eingesetzt?	11. Seit wann bei dieser Tätigkeit?
9. Postleitzahl	12. In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig 1999?	
10. Ort	13. Ist der Versicherte der Unternehmer, Ehegatte des Unternehmers oder mit diesem verwandt?	
11. Geschlecht	14. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)	15. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?
12. Staatsangehörigkeit	16. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	17. Anspruch auf Arbeitsvergelt besteht bis
13. Ist der Versicherte der Unternehmer, Ehegatte des Unternehmers oder mit diesem verwandt?	18. Welche Krankheitserschwerungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	
14. Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)	19. Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt? Wann?	
15. Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?	20. Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zuerst?	
16. Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?	21. Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?	
17. Anspruch auf Arbeitsvergelt besteht bis	22. Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?	
18. Welche Krankheitserschwerungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? Wann traten die Beschwerden erstmals auf?	23. Wurden die unter Nummer 21 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	
19. Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt? Wann?		
20. Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zuerst?		
21. Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?		
22. Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?		
23. Wurden die unter Nummer 21 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?		
Ort	den	Name des Anzeigenerstattenden Unternehmers oder seines Vertreters
Unterschrift		Unterschrift
Der Betriebsarzt (Personalrat)		(Falls ein Betriebsarzt (Personalrat) nicht besteht, ist dieses zu vermeiden.)
Der Sicherheitsbeauftragte		Unterschrift
Telefonnummer(n) für Rückfragen		

Print Form | E-mail Form | Diese Seite drucken. | Prescribing Directive | Original

Go to page: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9-1, 9-2

Kopie 6: Unfall / 7: AFD
Kopie 7: AFD

Kopie 3: Local Works Council
Kopie 4: BNAU/UVB
Kopie 5: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)

Original: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)
Kopie 1: BNAU/UVB
Kopie 2: Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB)

Distribution:

AE FORM 385-10B (TEMP), NOV 15 Replaces AE Form 385-40B, Jun 03./Ersetzt AE Form 385-40B, Jun 03. LCD Vers. 01.00 Page 1 of 1

Safety Guidance and Publications

- **NATO SOFA**
- **Work Equipment Safety Ordinance** (Betriebssicherheitsverordnung)
- **DGUV Regulation 1&2** (DGUV Vorschrift 1&2)
- **FEDERAL WORK PROTECTION LAW** (Arbeitsschutzgesetz)
Code of law for the implementations to improve safety and occupational health
- **SOCIAL SECURITY CODE VII** (Sozialgesetzbuch VII)
Legal basis for the statutory workers liability insurance
- **FEDERAL WORKPLACE ORDINANCE** (Arbeitsstättenverordnung)
Sets requirements on establishing a safe and healthful work environment
- **Occupational Health Care Ordinance** (Arbeitsmedizinische Vorsorge Verordnung)
Describes requirements and reasons for occupational health care
- **AFI 91-202 MISHAP PREVENTION PROGRAM**
- **AFMAN 91-203 AF CONSOLIDATED OCCUPATIONAL SAFETY INSTRUCTION**

Questions?



Conclusion

- Be a role model
- Know your responsibilities
- Remember, US **and** GE law applies
- Don't hesitate to ask for help
- Documentation
- Be Safe!

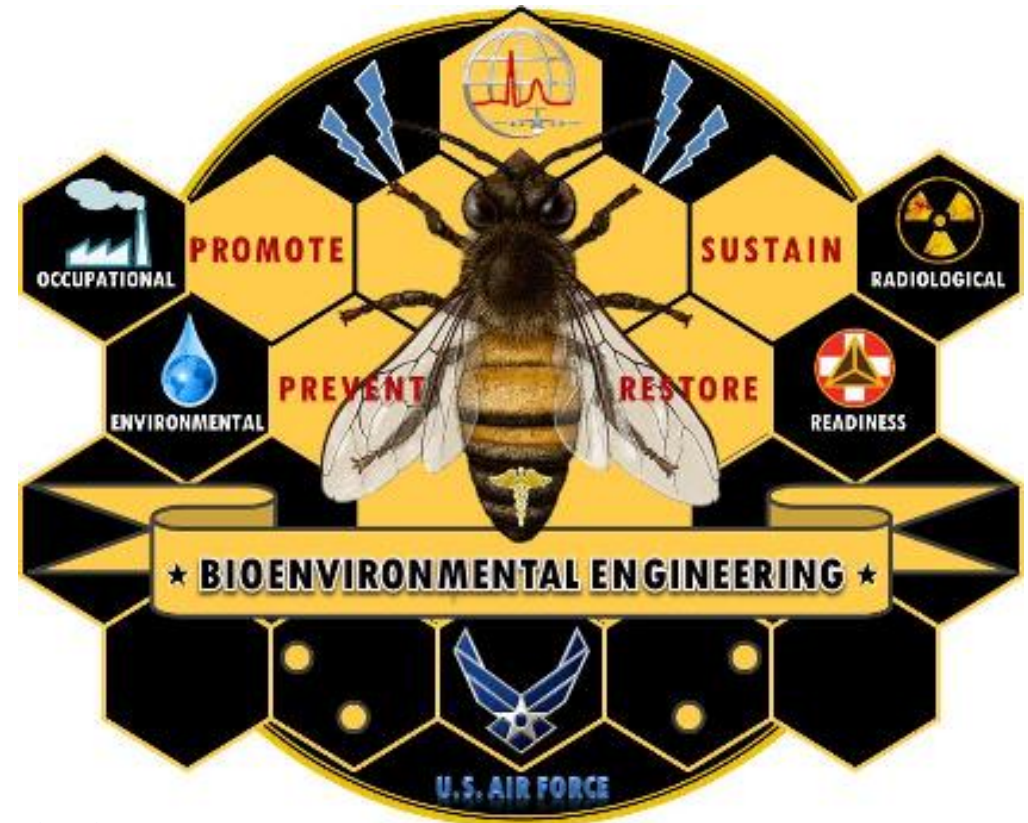


*Slides and Information material is available at the share point page

<https://portal.usafe.af.mil/sites/86AW/SE/default.aspx>

Bioenvironmental Engineering (BE)

- Visits of industrial and administrative workplaces based on Risk Management System (RMS) matrix
- Identify , assess & evaluate potential hazards:
 - Chemical, Biological, Radiation, Physical
 - Ergonomic
 - Indoor Air Quality
- Recommend control measures/solutions (TOP)
- Assign Risk Assessment Code (RAC)
- Review/approve new chemical usage
- Respiratory Fit Testing
- Visual Display Terminal (VDT) & Ergonomics



POC: H. Welp, 86 AMDS/SGPB, Bldg 2182, SN: 479-2220, Heiko.Welp.In@mail.mil

- Office Mailbox: usaf.ramstein.86-mdg.mbx.amds-sgpb@mail.mil
- USAFE Portal: <https://portal.usafe.af.mil/sites/86MDG/Aerospace%20Medicine/BE/SitePages/Home.aspx>