

KARTA KONTROLNA BHP

DANE PODSTAWOWE:

Stanowisko:
Operator:
Data kontroli:
Model maszyny: Nr seryjny:
Rodzaj pracy:
☐ Obsługa maszyny ☐ Konserwacja ☐ Ustawianie ☐ Testy / próby

1. KONTROLA STANU MASZYNY (przed rozpoczęciem pracy).

Lp	Element	Czy sprawdzono?	Uwagi
1	Czy osłony ruchomych części są zamocowane?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2	Czy przyciski awaryjne [EMERGENCY STOP] działają?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3	Czy maszyna nie wydaje nietypowych dźwięków / drgań?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4	Czy nie występują wycieki płynów, smaru, mgły?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5	Czy obszar roboczy jest wolny od narzędzi, ciał obcych i odpadów?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

2. WYMAGANE ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ (PPOŻ, BHP).

Środek ochrony	Obowiązkowy?	Używany?
Okulary ochronne	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ochronniki słuchu	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Rękawice robocze (do czyszczenia)	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Odzież robocza bez luźnych elementów	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Obuwie robocze	<input checked="" type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

3. ZABEZPIECZENIA I PROCEDURY BEZPIECZEŃSTWA

Lp	Procedura / wymaganie	Przestrzegane?	Uwagi
1	Zakaz pracy przy otwartych osłonach / drzwiach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2	Zakaz pracy przy zdjętych czujnikach bezpieczeństwa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3	Czy maszyna została poprawnie uruchomiona z sekwencją START?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4	Czy wyłączono zasilanie przed przeglądem / czyszczeniem?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5	Czy strefa pracy jest zabezpieczona przed osobami postronnymi?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

PODSUMOWANIE:

Czy stanowisko pracy zostało dopuszczone do pracy?
☐ TAK ☐ NIE – wymagane działania naprawcze / konserwacyjne
Uwagi inspektora / operatora:

Podpis osoby wykonującej kontrolę BHP:

.....

Data i godzina:.....