



Homeoffice- und mobiles-Arbeiten-Check

Arbeitsbedingungen, Ausstattung und Zusammenarbeit gemeinsam abstimmen

Unternehmen	Beschäftigte Person
Tätigkeit	Vereinbarter Arbeitsort / mobiles Arbeiten
Führungskraft	Datum / nächste Überprüfung

Der Check unterstützt die Abstimmung und Unterweisung. Er ersetzt weder die Gefährdungsbeurteilung noch eine arbeits-, datenschutz- oder versicherungsrechtliche Einzelfallprüfung.

1. Arbeitsplatz und technische Ausstattung

Prüfpunkt	ja	nein	Maßnahme / Vereinbarung
Arbeitsfläche, Sitzmöglichkeit und Bildschirmposition ermöglichen eine geeignete Körperhaltung	☐	☐	
Beleuchtung, Blendfreiheit, Temperatur und Lüftung sind angemessen	☐	☐	
Arbeitsmittel sind für die Aufgabe geeignet und ohne erkennbare Mängel	☐	☐	
Kabel und elektrische Geräte werden sicher verwendet	☐	☐	
Vertrauliche Informationen können vor Einsicht Dritter geschützt werden	☐	☐	
Stabile Kommunikations- und Datenverbindung ist vorhanden	☐	☐	

2. Arbeitsorganisation

Prüfpunkt	ja	nein	Maßnahme / Vereinbarung
Arbeitszeit, Erreichbarkeit und Pausen sind vereinbart	☐	☐	
Aufgaben, Prioritäten und erwartete Ergebnisse sind klar	☐	☐	
Regelmäßige Kommunikation und soziale Einbindung sind organisiert	☐	☐	



Homeoffice- und mobiles- Arbeiten-Check

Arbeitsbedingungen, Ausstattung und Zusammenarbeit gemeinsam
abstimmen

2. Arbeitsorganisation - Fortsetzung

Prüfpunkt	ja	nein	Maßnahme / Vereinbarung
Arbeitsunterbrechungen und Betreuungsanforderungen können angesprochen werden	☐	☐	
Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Bewegung ist möglich	☐	☐	

3. Sicherheit, Gesundheit und Notfall

Prüfpunkt	ja	nein	Maßnahme / Vereinbarung
Unterweisung für Homeoffice beziehungsweise mobiles Arbeiten durchgeführt	☐	☐	
Meldeweg für Arbeitsunfälle, technische Mängel und gesundheitliche Beschwerden bekannt	☐	☐	
Notruf, Adresse und Zugang für Rettungskräfte sind bekannt	☐	☐	
Transport und Nutzung von Arbeitsmitteln unterwegs sind geregelt	☐	☐	
Tätigkeiten mit besonderen Gefährdungen sind ausgeschlossen oder gesondert geregelt	☐	☐	
Angebote zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Beratung sind bekannt	☐	☐	

4. Vereinbarte Maßnahmen

Maßnahme / Ausstattung	Verantwortlich	Termin	Wirksamkeit / Rückmeldung
Führungskraft / Datum		Beschäftigte Person / Datum	