



Unternehmen		Kundennummer	
-------------	--	--------------	--

Angaben zur zertifizierten Organisation

(Zentrale bzw. gesamtes Unternehmen)

Name des Unternehmens	
Anschrift des Unternehmens	
Website	
Umsatzsteuer-ID	

Allgemeine Beschreibung der auditierten Organisation	
Welche Industrie- und Dienstleistungsbereiche beliefert Ihr Unternehmen?	
Führt Ihr Unternehmen erlaubnispflichtige Tätigkeiten durch?	
Die behördliche Erlaubnis liegt vor.	Ja/Nein
Führen Sie genehmigungspflichtige Ausfuhren durch?	
Bitte erläutern Sie die Unternehmensstruktur (Bitte Nachweis beifügen)	
Findet in der Zentrale auch Produktion statt?	Ja/Nein
Welche Standorte betreiben ein gemeinsamem Managementsystem?	
Nimmt die Zentrale eine beherrschenden Einfluß auf diese Standorte aus? Wenn ja	Ja/Nein
Wie kann diese nachgewiesen werden?	<input type="checkbox"/> Konzernsondereinbarung <input type="checkbox"/> Lagebericht <input type="checkbox"/> Beherrschungsvertrag <input type="checkbox"/> Auszug Transparenzregister <input type="checkbox"/> Gewerbeschein (Zweigstelle) <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Welche Risiken bestehen im Hinblick auf <ul style="list-style-type: none"> • Geschäftstätigkeit, • Produkte, • Prozesse und • Tätigkeiten 	
Wo werden Ihre Produkte eingesetzt und welche Risiken bestehen im Hinblick auf den Produkteinsatz?	



Unternehmensangaben

Unternehmen		Kundennummer	
-------------	--	--------------	--

Gewünschte Zertifizierungen

Welche Normen/Standards sollen zertifiziert werden?	<input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> DSTV-Siegel <input type="checkbox"/> ISO 14001 <input type="checkbox"/> ISO 15378 <input type="checkbox"/> ISO 45001 <input type="checkbox"/> ISO 50001 <input type="checkbox"/> VDA 6.1
---	---

Nur für Steuerkanzleien

Besteht eine Mitgliedschaft im Steuerberaterverband*	Ja/Nein
--	---------

*bitte wenn möglich Nachweis beifügen

Kontaktdaten

Titel	
Ansprechpartner/in	
Telefon	
Email	
Zeichnungsberechtigte Person	
Nachweis Zeichnungsberechtigung	

Wir bestätigen mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben

[[Hauptstandort.Stadt]], Datum

[[Title]]

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift des*r QMB



Unternehmensangaben

Unternehmen		Kundennummer	
-------------	--	--------------	--

Angaben zu den zu zertifizierenden Managementsystemen

Übernahme der Zertifizierung (wenn keine Erstzertifizierung)

Gibt es bereits vorliegende, aktuell gültige Zertifizierungen anderer Zertifizierungsstellen im beantragten Standard? Wenn ja	
---	--

Managementsystem	Bisheriger Zertifizierer	Einführung	Zertifikatslaufzeit		Beschwerden gegenüber dem bisherigen Zertifizierer? j/n
			von	bis	

Allgemeine Angaben zu den zu zertifizierenden Managementsystemen

Managementsystem	Geltungsbereich	Standorte	Ansprechpartner*in Standort	Beratung bei Aufbau, Implementierung oder Weiterentwicklung	Name Berater*in

Unternehmensangaben

Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

Standortdaten

Bitte pro Standort (auch Zentrale) ausfüllen:

[[loop Standorte]]

[[Title]]

Hauptstandort	
Straße und Hausnummer	
PLZ	
Stadt	
Land	

Ansprechpartner/in	[[AnsprechpartnerinSto]]
---------------------------	--------------------------

Anzahl der Mitarbeiter/innen gesamt	
Vollzeit	
Teilzeit	
geringfügig Beschäftigte	
Leiharbeitskräfte	
Azubis	
MA, die nicht regelmäßig anwesend sind	
Anzahl Schichten	
Schichtbetrieb	

Allgemeine standortbezogene Angaben zu Managementsystemen

Welche Normen/Standards sollen an diesem Standort zertifiziert werden?	<input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 14001 <input type="checkbox"/> ISO 15378 <input type="checkbox"/> ISO 45001 <input type="checkbox"/> ISO 50001 <input type="checkbox"/> DSTV-Siegel <input type="checkbox"/> VDA 6.1 <input type="checkbox"/> VDA 6.4
Finden Tätigkeiten beim Kunden oder an anderen Orten statt?	
Wenn ja, welche?	
Nicht anwendbare Normanforderungen	
Auslagerung von Unternehmensbereichen	

Standortspezifische Angaben zur Managementsystemen



Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

- ➔ Bitte pro Standort ausfüllen, auch für die Zentrale
- ➔ Bitte nur Fragen zu gewünschten Managementsystemen ausfüllen

Name Standort _____

DIN EN ISO 14001:2015

In welchem Jahr wurde das Managementsystem am Standort eingeführt?	
Standortspezifischer Geltungsbereich (wenn vorhanden)	
Wie stufen Sie die Umweltrelevanz Ihrer Tätigkeiten / Produkte / Dienstleistungen insgesamt ein? 1 = eingeschränkt 2 = gering 3 = mittel 4 = hoch 5 = Sonderfälle	Abfall 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Boden/Altlasten 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Wasser/Abwasser 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Abluft 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Lärm 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Stoffverbrauch 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Verbrauch Energie 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
In welchem Gebiet befindet sich Ihr Unternehmen?	<input type="checkbox"/> Industrie-/Gewerbegebiet <input type="checkbox"/> Mischgebiet <input type="checkbox"/> Grundwasserschutzgebiet <input type="checkbox"/> Hochwasserschutzgebiet <input type="checkbox"/> Sonstiges Schutzgebiet:
Welche Mengen an Gefahrstoffen lagern in Ihrem Unternehmen (Tonnen)?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> < 0,1 t <input type="checkbox"/> 10 t - 99 t <input type="checkbox"/> 0,1 t - 0,9t <input type="checkbox"/> 100 t - 999 t <input type="checkbox"/> 1 t - 9t <input type="checkbox"/> > 1000 t



Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

	Abfallart	Mengen pro Jahr (Tonnen)
Welche Arten und Mengen von Abfall fallen in Ihrem Unternehmen an?	<input type="checkbox"/> Abfall zur Verwertung (z. B. Papier, Kunststoff, Holz, Metalle)	
	<input type="checkbox"/> Abfall zur Entsorgung (hausmüllähnlicher Gewerbeabfall)	
	<input type="checkbox"/> gefährlicher Abfall (Sondermüll zur Verwertung/Entsorgung)	
Betreiben Sie Anlagen die einer behördlichen Genehmigung, Anzeige oder Erlaubnis bedürfen?	Bereich	
	<input type="checkbox"/> Immissionsschutz / Abluftbehandlung	
	<input type="checkbox"/> Wassernutzung / Abwasserentsorgung	
	<input type="checkbox"/> wassergefährdende Stoffe	
	<input type="checkbox"/> brennbare Flüssigkeiten	
	<input type="checkbox"/> Lösemittel	
	<input type="checkbox"/> sonstige	
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	
Haben Sie in Ihrer Firma Beauftragte bestellt?	Beauftragte	
	<input type="checkbox"/> Abfallbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Gewässerschutzbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Immissionsschutzbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Gefahrgutbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Störfallbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Brandschutzbeauftragte(r)	
	<input type="checkbox"/> Strahlenschutzbeauftragte(r)	
<input type="checkbox"/> Allg. Umweltbeauftragte(r)		
Besteht in Notfallsituationen ein besonderes Risiko?	<input type="checkbox"/> ja	Folgendes:
	<input type="checkbox"/> nein	

[[end if]][[if [[NormenStandort]].toString().indexOf("45001")>-1]]



Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

DIN EN ISO 45001:2023

<p>Wie beurteilen Sie das Risiko zu den jeweiligen Gefährdungsfaktoren in Ihrem Unternehmen?</p> <p>0 = keine Relevanz 6 = sehr hohe Relevanz</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Mechanische Gefährdungen</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chemische/Biologische GF</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brand / Explosion</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Elektrische Gefährdungen</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Physische Belastung</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schall / Vibration</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hitze / Kälte / Feuchte</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychische Belastung</td> <td style="text-align: right;">0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Mechanische Gefährdungen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Chemische/Biologische GF	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Brand / Explosion	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Elektrische Gefährdungen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Physische Belastung	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Schall / Vibration	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Hitze / Kälte / Feuchte	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Psychische Belastung	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Mechanische Gefährdungen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Chemische/Biologische GF	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Brand / Explosion	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Elektrische Gefährdungen	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Physische Belastung	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Schall / Vibration	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Hitze / Kälte / Feuchte	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
Psychische Belastung	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																
<p>Betreiben Sie überwachungsbedürftige Anlagen?</p>	<input type="checkbox"/> Aufzüge <input type="checkbox"/> Dampfkessel <input type="checkbox"/> Druckbehälter / Druckgasbehälter <input type="checkbox"/> Anlagen für brennbare Flüssigkeiten <input type="checkbox"/> Acetylanlagen <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein																
<p>Haben Sie in Ihrem Unternehmen benannte Mitarbeiter zum Arbeitsschutz?</p>	<input type="checkbox"/> Fachkraft für Arbeitssicherheit <input type="checkbox"/> Betriebsarzt <input type="checkbox"/> Sicherheitsbeauftragte(r) <input type="checkbox"/> Brandschutzbeauftragte(r) <input type="checkbox"/> Strahlenschutzbeauftragte(r) <input type="checkbox"/> Brandhelfer <input type="checkbox"/> Ersthelfer																
<p>Besteht in Notfallsituationen ein besonderes Risiko?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">Folgendes:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ja	Folgendes:	<input type="checkbox"/> nein													
<input type="checkbox"/> ja	Folgendes:																
<input type="checkbox"/> nein																	

<p>Erbringen Sie Dienstleistung am Standort einer anderen Organisation?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--



Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

Haben Sie temporäre Standorte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja Anzahl Mitarbeiter: Wie viele temp. Standorte?	
Haben sie Gefahrgüter im Einsatz? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben sie Ihre Prozesse im Unternehmen identifiziert bzgl. SGA Risiken? Wenn ja welche?	
Haben sie weitere Standorte, die Sie in SGA Zertifizierung einbeziehen möchten?	
Können Sie die Einhaltung rechtlicher Verpflichtungen nachweisen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

DIN EN 50001:2018

EnMS-wirksames Personal (Effektives Personal)	Anzahl
Top-Management (oberste Leitung)	
Das Energiemanagement-Team	
Person(en), die für die Beschaffung im Zusammenhang mit der energiebezogenen Leistung zuständig ist/sind;*	
Person(en), die für die Umsetzung wesentlicher Veränderungen verantwortlich ist/sind, die sich auf die energiebezogene Leistung auswirken*	
Person(en), die für die Entwicklung, Verwirklichung oder Aufrechterhaltung von Verbesserungen der energiebezogenen Leistung verantwortlich ist/sind, einschließlich Zielvorgaben, Energiezielen und Aktionsplänen;	
Person(en), die für die Erarbeitung und Pflege von energiebezogenen Daten und die Analyse verantwortlich ist/sind*	
Person(en), die für die Planung, Umsetzung und Aufrechterhaltung der mit den SEUs verbundenen Prozesse verantwortlich sind, einschließlich jahreszeitlich bedingter Maßnahmen (z. B. Erntetätigkeiten, Hotelbetrieb), soweit zutreffend*	
Person(en), die für die Entwicklung, die sich auf die energiebezogene Leistung auswirkt, verantwortlich ist/sind.*	
EnMS-wirksames Personal gesamt	

Aktuelle Energieträger	<input type="checkbox"/> Strom
	<input type="checkbox"/> Erdgas
	<input type="checkbox"/> Flüssiggas



Unternehmensangaben

Unternehmen	[[Title]]	Kundennummer	[[Kundenr]]
-------------	-----------	--------------	-------------

	<input type="checkbox"/> Heizöl
	<input type="checkbox"/> Diesel / Benzin
	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Energieerzeugungsanlagen (in Ihrem Unternehmen)	

	letztes Geschäftsjahr	vorheriges Geschäftsjahr
Anzahl Energieträger		
Energieverbrauch		

Angaben bitte in kWh/a

Anzahl SEUs (Wesentliche Energieeinsatzbereiche)		
--	--	--