



## Checkliste Atemschutz

### Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereiches: \_\_\_\_\_

Auszuführende Arbeiten: \_\_\_\_\_

Ist weitere PSA erforderlich? \_\_\_\_\_

### Arbeitsbedingungen

Arbeitsschwere  
Rückzug möglich?  
Raumbedingungen

- |                                     |  |                                 |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leicht     | <input type="checkbox"/> mittel                | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Silo       | <input type="checkbox"/> Kessel                |                                 |
| <input type="checkbox"/> enger Raum | <input type="checkbox"/> Sauerstoff < 17 Vol % |                                 |
| <input type="checkbox"/> EX-Bereich | <input type="checkbox"/> Brandgefahr           |                                 |

Druckluft vorhanden  
Atemluftqualität

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Entfernung: \_\_\_\_\_ m

Druck: \_\_\_\_\_ bar

### Thermische Einwirkung

Temperatur: \_\_\_\_\_ Grd C

Dauer: \_\_\_\_\_ h/Tag

### Chemische Gefährdung

Hauptinhaltsstoff: \_\_\_\_\_

Handelsname \_\_\_\_\_

CAS-Nummer \_\_\_\_\_

Zerfallsprodukte \_\_\_\_\_

Konzentration \_\_\_\_\_

Max. Einwirkdauer \_\_\_\_\_

### Angaben zum Atemschutz

(momentan im Einsatz)

Filtrierende Halbmaske

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja ohne Ventil | <input type="checkbox"/> ja mit Ventil | <input type="checkbox"/> nein         |
| <input type="checkbox"/> FFP 1          | <input type="checkbox"/> FFP 2         | <input type="checkbox"/> FFP 3        |
| <input type="checkbox"/> Partikel       | <input type="checkbox"/> Gas           | <input type="checkbox"/> Partikel+Gas |
| <input type="checkbox"/> Partikel       | <input type="checkbox"/> Gas           | <input type="checkbox"/> Partikel+Gas |
| <input type="checkbox"/> Partikel       | <input type="checkbox"/> Gas           | <input type="checkbox"/> Partikel+Gas |

Pressluftatmer

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Druckluftschlauchgerät

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Druckluft-Ringleitung

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Arbeitsmedizinische Untersuchung

- |                                 |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> G 26/1 | <input type="checkbox"/> G 26/2 | <input type="checkbox"/> G 26/3 |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

### Absender

Firma \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Funktion \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_