



Checkliste Augenschutz

Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereiches: _____

Auszuführende Arbeiten: _____

Ist weitere PSA erforderlich? _____

Thermische Einwirkung

Temperatur: _____ Grd C

Dauer: _____ h/Tag

Chemische Gefährdung

Hauptinhaltsstoff: _____

Handelsname _____

CAS-Nummer _____

Konzentration _____

Max. Einwirkdauer _____

fest flüssig gasförmig

Mechanische Gefährdung

Teilchenart
Teilchengeschwindigkeit

Splitter Staub _____
 sehr hoch mittel niedrig

Strahlungsgefährdung

Strahlung
Schweißen
Elektrik

UV-Strahlung IR-Strahlung Laser
 Schweißgas Lichtbogen
 Kurzschluß Lichtbogen (Möglichkeit)

Sonstige Angaben

Verwendete Sehschärfenkorrektur
Bevorzugter Augenschutz
zusätzliche Eigenschaften
Schutzbereich
Sehanforderung

Kontaktlinsen Brille keine
 Korr.brille Überbrille Vorhänger
 kratzfest beschlagfrei
 Augen gesamtes Gesicht
 präzise fein grob

Momentan verwendeter Augenschutz: _____

Absender

Firma _____

Name _____ Funktion _____

PLZ/Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____

eMail _____