



Checkliste Chemikalienschutzanzug

Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereiches: _____

Auszuführende Arbeiten: _____

Ist weitere PSA erforderlich? _____

Chemische/biologische Gefährdung

Hauptinhaltsstoff: _____

Handelsname _____

CAS-Nummer _____

Konzentration _____

Max. Einwirkdauer _____

- fest flüssig gasförmig
 Sprühnebel Spritzkontakt Vollkontakt

Mechanische Gefährdung

- | | | |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Schnitt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Stich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Scheuern/Abrieb | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Rotierende Teile | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Vibrationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Elektrische Gefährdung

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|
| Elektrische Spannung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | _____ Volt |
| Elektrische Aufladung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| EX-Bereich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Thermische Gefährdung

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Strahlungshitze | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kontakthitze | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Konvektive Hitze (heiße Gase) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kurzzeitiger Flammenkontakt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kleine flüssige Metallspritzer | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Funkenflug | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Kontaktkälte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Umgebungskälte | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Sonstiges

- | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| UV-Strahlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Röntgenstrahlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Radioaktive Strahlung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Radioaktive Kontamination | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Medizinischer Bereich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Elektrostatische Ableitung erforderlich | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Tragezeit _____ h/Tag

Temperatur _____ Grd/C

Momentan verwendete Kleidung _____

Absender

Firma _____

Name _____ Funktion _____

PLZ/Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____

eMail _____