



Checkliste Fußschutz

Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereiches: _____

Auszuführende Arbeiten: _____

Ist weitere PSA erforderlich? _____

Thermische Einwirkung

Bodentemperatur _____ Grd C

Dauer: _____ h/Tag

Umgebungstemperatur _____ Grd C

Flüssigmetallspritzer: ja nein

Gefährdungen

Chemikalien

Art

- Stäube Säuren Basen
 Lösemittel Öle Sonstiges

Elektrizität

- El. Aufladung El. Spannung _____ Volt

Witterung

Arbeitsplatz
Einsatzzeit

- Halle Freien
 ganzjährig nur Winter

Sonstige

- Herabfallende Gegenstände ja nein
Einklemmen des Fußes ja nein
Sturz durch Ausgleiten ja nein

- Tritt auf spitze Gegenstände ja nein
Tritt auf Metallspäne ja nein

- Umnicken durch Unebenheiten ja nein
Einwirkung auf Knöchel ja nein
Einwirkung auf Mittelfuß ja nein
Einwirkung auf Bein ja nein

- ESD-Schuh erforderlich ja nein

Momentan verwendeter Fußschutz: _____

Absender

Firma _____

Name _____ Funktion _____

PLZ/Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____

eMail _____