



Checkliste Gehörschutz

Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereiches: _____

Auszuführende Arbeiten: _____

Ist weitere PSA erforderlich? _____

Lärmart

Dauerlärm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____	dBa
Kurzzeitiger Lärm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____	dBa
Impulslärm (Schuß/Explosion)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____	dBa
Frequenz	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> tief	
In Verbindung mit anderer PSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Lebensmittelbereich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		

Gehörschutzart

Gehörschutzstöpsel	<input type="checkbox"/> ohne Band	<input type="checkbox"/> mit Band	<input type="checkbox"/> mit Bügel
Angepasster Gehörschutz/Otoplastiken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Kapselgehörschutz

mit Universalbügel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit Kopf-/Nackенbügel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit Helmbefestigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit pegelabhängiger Schalldämmung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit Kommunikationseinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit aktiver Geräuschkompensation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
mit eingebautem Radio	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Tragezeit _____ h/Tag

Temperatur _____ Grd/C

Momentan verwendeter Gehörschutz _____

Absender

Firma _____

Name _____ Funktion _____

PLZ/Ort _____ Straße _____

Telefon _____ Fax _____

eMail _____