



## Checkliste Schutzhelm

### Allgemeine Angaben

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

Auszuführende Arbeiten: \_\_\_\_\_

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

### Thermische Einwirkung

Minimale Temperatur \_\_\_\_\_ Grd C

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

Maximale Temperatur \_\_\_\_\_ Grd C

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

### Mechanische Einwirkung

- |                                      |                             |                               |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herabfallende Gegenstände            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anstoßen an feststehende Gegenstände | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gefahr durch pendelnde Lasten        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Elektrische Einwirkung

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

### Ausstattung

- |                     |                                  |                                   |                                |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Elektrikerhelm      | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein     |                                |
| Kinnriemen          | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein     |                                |
| Integriertes Visier | <input type="checkbox"/> ja      | <input type="checkbox"/> nein     |                                |
| Gehörschutz         | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> 16 mm    | <input type="checkbox"/> 30 mm |
| Innenausstattung    | <input type="checkbox"/> 4-Punkt | <input type="checkbox"/> 6-Punkt  |                                |
| Helmschirm          | <input type="checkbox"/> normal  | <input type="checkbox"/> verkürzt |                                |
| Kopfumfang          | _____                            | _____                             | cm                             |
| Gewünschte Farben   | _____                            | _____                             |                                |

Momentan verwendeter Schutzhelm: \_\_\_\_\_

### Absender

Firma \_\_\_\_\_

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

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

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

eMail \_\_\_\_\_