

Checkliste für die Auswahl von Atemschutzmasken + -geräte

Allgemeine Angaben

Art des Betriebes/Arbeitsbereich: _____

Auszuführende Arbeit: _____

Einwegmasken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrwegmasken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemschutzgeräte: ist erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kopfschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gesichtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschreibung der Gefährdung	ja	nein	Weitere Angaben
	(Zutreffendes ankreuzen)		
Mechanische Einwirkungen			
Stösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partikel mit Grosser Geschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermische Einwirkungen			
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temp. __ °C Exposition: ____h/Tag
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temp. __ °C Exposition: ____h/Tag
Funken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigmetallspritzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metall:
Stoff-Merkmale			
Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Volumen-% O ₂ :
Sauerstoffmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
radioaktive Partikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
radioaktive Gase oder Dämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebende Organismen (Viren, Bakterien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizung der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist atembare Druckluft :			
vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umwandelbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillenträger			
Art der Korrektur:			
Personenbezogene Merkmale:			
• Missbildung im Gesichtsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bartwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einsatzdauer der PSA	1 bis 2 h	3 bis 4 h	5 bis 10 h
Jährlich bis 4 x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatlich bis 4 x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wöchentlich bis 4 x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben zur Spezifikation des Atemschutzes: _____
