



Betriebsart / Branche

Arbeitsbereich

Auszuführende Tätigkeit

Beschreibung der Gefährdungen, Lärmquellen und Arbeitsplatzumgebungsbedingungen	(Zutreffendes bitte ankreuzen)		Weitere Angaben oder Anforderungen an die Gehörschutzmittel
	ja	nein	
Lärmquellen			
Sehr hohe Schallpegel > 107 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR-Wert > 30 dB
Hohe Schallpegel > 102 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR-Wert > 25 dB
Zu laute, aber tiefe Schallpegel > 85 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR-Wert > 18 dB
Dauerlärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impulsartiger Schallpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monotoner Hochton Schallpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monotoner Tiefton Schallpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige mit Beschreibung (auf Seite 2 eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berücksichtigung der Kommunikation			
Kommunikation im Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otoplasten oder elektronische GHS
Kommunikation per Zurufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv Gehörschutz, Otoplasten
Wahrnehmung von Gefahrensignale (Hupe, Sirene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv Gehörschutz, Otoplasten
Telefonieren im Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
Smartphone mit Bluetooth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
Einsatz von Funk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
• Einsatz über Distanz von _____ m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Einsatz im Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Einsatz im freien Feld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Einsatz von konzessionslosem Funk (PMR446)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Funk & Telefonie gleichzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intercomlösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige mit Beschreibung (auf Seite 2 eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spezielle Anforderungen an die Gehörschutzmittel			
Detektierfähig (z.B. Lebensmittelbereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten in Schmutz und Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten in grosser Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauernde Verwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otoplasten oder verschiedene Pfropfen
Zeitweise Verwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faltbarer Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abwaschbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berücksichtigung von hoher Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfropfen
Berücksichtigung von engem Gehörgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige mit Beschreibung (auf Seite 2 eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusatzanforderungen an den Gehörschutz			
Kombinierbar mit Schutzhelm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kombinierbar mit Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kombinierbar mit Gesichtsschutz (Visier, Schild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kombinierbar mit Atemschutz (Halbmaske)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kombinierbar mit Atemschutzgerät (Vollmaske)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereitstellung von Gehörschutz-Spender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige mit Beschreibung (auf Seite 2 eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Sonstige Anforderungen an den Gehörschutz

Beschreibung zum Punkt Lärmquellen:

Beschreibung zum Punkt Berücksichtigung der Kommunikation:

Beschreibung zum Punkt Spezielle Anforderungen an die Gehörschutzmittel:

Beschreibung zum Punkt Zusatzanforderungen an den Gehörschutz:

Grösse des Gehörschutzmittels: S M L

Gewünschte Farbe:

Allgemeine Pflicht des Arbeitgebers:

Die Mitarbeitenden haben die zur Verfügung gestellte PSA zu tragen.

Regelmässige Instruktionen hinsichtlich der Anwendung und Pflege der PSA müssen durch den Arbeitgeber erfolgen. Diese Instruktionen sind schriftlich zu dokumentieren.

Vor dem Gebrauch von PSA, die zum Schutz vor lebensbedrohlichen Gefährdungen verwendet wird, muss die richtige Nutzung im Rahmen der Instruktion geübt werden.