

Checkliste für Gehörschutzmittel

Allgemeine Angaben

Art des Betriebes/Arbeitsbereich: _____

Auszuführende Arbeit: _____

Beschreibung der Lärmquelle	ja nein		Anforderungen an die Gehörschutzmittel
	(Zutreffendes ankreuzen)		
Hohe Schallpegel > 102 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR Wert > 25 dB
Sehr hohe Schallpegel > 107 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR Wert > 30 dB
Zu laute, aber tiefe Schallpegel > 85 dB(A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNR Wert > 18 dB
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"/>
Erhöhte Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittelbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detektierfähig
Kommunikation im Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otoplasten o. Elektronische GHS
Zurufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv Gehörschutz, Otoplasten
Wahrnehmung von Gefahrensignale (hupe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv Gehörschutz, Otoplasten
Telefonieren im Lärm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
GSM Handy mit Bluetooth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
Funk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elekt. GHS, Headset mit Otoplasten
Distanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> m?
Im Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freies Feld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzessionsloser (PMR446)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funk & Telefonie gleichzeitig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intercomlösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehörschutz in Kombination mit:			
- Helm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schutzschild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Atemschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwaschbarkeit erforderlich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten in Schmutz und Staub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauernde Verwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otoplasten o. versch. Pfropfen
Enger Gehörgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Fluktuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pfropfen

Faltbarer Gehörschutz Farbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grösse des Gehörschutzmittels	S <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
Einsatz 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"/>