

Checkliste für Schutzhandschuhe		
Allgemeine Angaben		
Art des Betriebes/Arbeitsbereiches: _____		
Ausgeführte Arbeit: _____		
Beschreibung der Risiken/Arbeits- und Arbeitsplatzumgebungsbedingungen	ja <small>(Zutreffendes ankreuzen)</small>	nein
Mechanische Einwirkungen		
Schnitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfasst werden durch drehende Teile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quetschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung von Elektrizität *)		
Elektrische Spannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrostatische Aufladung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung von Vibrationen *)		
Vibrierende Werkzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrierende Handbedienteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermische Einwirkungen *)		
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Temperatur°C Expositionh/Tag
Schweissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Art des Schweissens
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Temperatur°C Expositionh/Tag
Funken oder Flüssigmetallspritzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemische Einwirkungen*)		
Lösemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologische Einwirkungen *)		
Krankheitserregendes Biologisches Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroorganismen oder Viren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung von Strahlung, Kontamination *)		
Röntgenstrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UV-Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontamination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges			
Ständige Verwendung (Schweiss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen an Geschmeidigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen an Tastgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbe _____			
Grösse _____			
Länge _____			
Einsatzdauer der Handschuhe	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 der Schutzhandschuhe _____			

Checkliste für Hautschutzmittel			
Allgemeine Angaben Arbeitsbereich: _____ Auszuführende Arbeit: _____ Können Handschuhe verwendet werden: _____			
Beschreibung der Gefährdung: Arbeitsplatzbedingungen	ja	nein	Weitere Angaben
Mechanische Einwirkungen			
Schnitte, Stiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<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
Einwirkung von Feuchte / Witterung Bedingungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemische Einwirkungen wassermischbare Stoffe (z.B. Kühlemulsionen, Säuren, Laugen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oele, Fette, trockener Schmutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wechselnde Berufsstoffe: _____			
Einwirkung von Strahlung: _____			
UV-Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautreinigung			
Möglichkeit der Hautreinigung mit fliessendem Wasser: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name des Hautreinigungsmittels: _____			
Art der Handtrocknung: <input type="checkbox"/> Papiertücher <input type="checkbox"/> Stofftuchrolle <input type="checkbox"/> Stofftuch <input type="checkbox"/> Warmluft			
Hautpflege			
Wird ein Hautpflegeprodukt angeboten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name des Hautpflegeproduktes: _____			
Hautzustand			
<input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> empfindlich			
Einsatzdauer der Hautschutzmittel	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"/>