

Checkliste für Augen- und Gesichtsschutz

Allgemeine Angaben

Art des Betriebes/Arbeitsbereich: _____

Auszuführende Arbeit: _____

Beschreibung der Gefährdung	ja (Zutreffendes ankreuzen)	nein	Weitere Angaben bei *) erforderlich, ansonsten gewünscht
Augenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mechanische Einwirkungen			
Stösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partikel m. hoher Energie A (190m/sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partikel m. niedriger Energie F (45m/sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partikel m. mittlerer Energie B (120m/sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splitter/Metallteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchstich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stäube (Zement, Beton, etc.)	<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
Flüssigmetallspritzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spannung: Volt
Elektrische Aufladung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störlichtbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemische Einwirkungen*			
Lösemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Chemikalien: (Genaue Spezifikation der Chemikalien siehe Sicherheitsdatenblatt)
Lacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epoxidharz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einwirkung von Strahlung*			
Schweissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Strahlung:
Ultraviolett-Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrarot-Strahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser-Strahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonnenstrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ionisierende Strahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenstrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verwendete optische Korrektionsmittel			
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korrigierter Augenschutz notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
Biologische Einwirkungen			
Krankheitserregendes Bio-Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art des biologischen Materials
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Angaben zur Spezifikation des Augen- und Gesichtsschutzes:			
.....			
.....			
.....			