

## Checkliste für Gehörschutzmittel

### Allgemeine Angaben

Art des Betriebes/Arbeitsbereich: \_\_\_\_\_

Auszuführende Arbeit: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Lärmquelle	ja <small>(Zutreffendes ankreuzen)</small>	nein	Anforderungen an die Gehörschutzmittel
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 Zurufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otoplasten o. Elektronische GHS
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"/> .....
<b>Einsatz der PSA</b> Jährlich bis 4 x Monatlich bis 4 x Wöchentlich bis 4 x Täglich	<b>1 bis 2 h</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>3 bis 4 h</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>5 bis 10 h</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>