



Checkliste Augen- und Gesichtsschutz

Allgemeine Angaben

Art des Betriebs/Arbeitsbereich

Ausgeführte Arbeit

Weitere PSA erforderlich

Thermische Einwirkung

Temperatur _____ °C Exposition _____ h/Tag rel. Luftfeuchte _____ %

Gefährdung durch Stoffe/Chemikalien

Hauptinhaltsstoff _____

Handelsname _____

CAS-Nummer _____

Physikalischer Zustand fest flüssig gasförmig

Konzentration _____ ppm bzw. _____ Vol.%

Max. Einwirkdauer _____

Gefährdung durch mechanische Einwirkung

Art der Teilchen Splitter Staub _____

Geschwindigkeit sehr hoch mittel niedrig

Gefährdung durch Strahlung

UV-Strahlung _____

Sichtbares Licht/Blendung _____

IR-Strahlung _____

Laser-Strahlung _____

Schweißarbeit

Gasschweißen und verwandte Techniken ja nein

Lichtbogenschweißen ja nein

Elektrische Gefährdung

Entstehen von Lichtbögen bei
Schalterarbeiten oder Kurzschlüssen ja nein

Merkmale des gesuchten Augen- und Gesichtsschutzes

Sind Sie Brillen-/Kontaktlinsenträger? Brille Linsen nein

Wenn ja, bevorzugen Sie

- eine Korrektionsschutzbrille ja nein

- einen Vorhänger? ja nein

- eine Vollsichtbrille/Überbrille? ja nein

Zusätzliche erforderliche Eigenschaften kratzfest beschlagfrei

Schutzbereich Augen gesamtes Gesicht

Sehanforderungen grob fein präzise

Momentan eingesetzter Augenschutz _____

Empfänger E/D/E GmbH, EDE Platz 1, 42389 Wuppertal, Fax: 02 02/60 96-582

Absender

Firma

Funktion

Anrede

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Land

Telefon Fax

eMail