



## Gefahrenanalyse Gehörschutz

### Auswahl des Gehörschutzes

- |                               |                             |                               |           |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
| Dauerlärm                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ dBa |
| Kurzzeitige Lärmexposition    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ dBa |
| Impulslärm (Schuss/Explosion) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ dBa |
| In Verbindung mit anderer PSA | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |           |
- 

- |                  |                               |                                 |                               |
|------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Frequenz (Hertz) | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> tief |
|------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

### Benötigte Gehörschutzart

- |                                      |                                   |                                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Angepasster Gehörschutz/Otoplastiken | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| Gehörschutzstöpsel                   | <input type="checkbox"/> mit Band | <input type="checkbox"/> ohne Band |
| Bügelgehörschutz                     | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| Kapselgehörschutz                    |                                   |                                    |
| - mit Universalbügel                 | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit Kopf-/Nackenbügel              | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit Helmbefestigung                | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit pegelabhängiger Schalldämmung  | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit Kommunikationseinrichtung      | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit aktiver Geräuschkompensation   | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |
| - mit eingebautem Radio              | <input type="checkbox"/> ja       | <input type="checkbox"/> nein      |

## Bisher angewendeter Gehörschutz

---

---

---

---

---

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