**Gehörschutz**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsbereich / -platz: | Name eingeben |
| Mängel gemeldet an: | Name eingeben |
| besprochen mit: | Name eingeben |
| Prüfdatum: | Datum auswählen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Sind die Lärmbereiche im Betrieb sachkundig ermittelt worden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wurden die Mitarbeiter zur Lärmgefährdung unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist den Kollegen bekannt, dass Lärmschäden nicht heilbar sind? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden durch den Betriebsarzt Vorsorgeuntersuchungen zum Lärm durchgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird der Betriebsarzt bei der Auswahl des Gehörschutzes beteiligt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird der Gehörschutz von den Mitarbeitern akzeptiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Stehen unterschiedliche Produkte zur Auswahl (z. B. mit Bügel oder Schnur)? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird ständig im Lärmbereich arbeitenden Kollegen angeboten, individuelle Otoplastiken anzufertigen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird die Benutzung des Gehörschutzes regelmäßig überprüft? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Mitarbeiter in verständlicher Form unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Steht Gehörschutz auch für Besucher in ausreichender Menge zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird Gehörschutz regelmäßig erneuert (Hygiene)? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung