**Stress durch Lärm**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-****bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Wurden die Kollegen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung gefragt, ob sie sich durch Lärm oder störende Geräusche belastet fühlen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wurde der Betriebsarzt zu möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Lärm befragt? | Ja | Nein | Datum auswählen  |       |
|  | Wurden die Beurteilungspegel sachkundig ermittelt und dokumentiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Kommt es zu häufigeren hohen Spitzen-Schalldruckpegeln? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Treten im Betrieb unerwartete Schall­ereignisse auf? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es im Betrieb tonhaltige „nervende“ Geräusche? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind im Betrieb störende Geräusche vorhanden, die von den Kollegen für vermeidbar gehalten werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Haben die Kollegen Möglichkeiten, sich vor störenden Geräuschen zu schützen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird der Arbeitsraum von den Mitarbeitern als schallhart oder hallig empfunden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Ist die Verständigung durch Geräusche beeinträchtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird die Lärmgefährdung bei der Planung neuer Arbeitsmittel und Arbeitsverfahren mitberücksichtigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung