**Wenn Lärm krank macht**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungsbedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Wurden die Höhe und Dauer der Lärmexposition orts- und personenbezogen ermittelt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind in der Gefährdungsbeurteilung Schutzmaßnahmen nach der Höhe des ermittelten Lärmexpositionspegels festgelegt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Mitarbeiter über Gesundheitsgefahren durch Lärm informiert? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Steht geeigneter Gehörschutz zur Verfügung? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird eine Gehörschutztragepflicht für Mitarbeiter im Betrieb konsequent überwacht und durchgesetzt, insbesondere auch bei kurzer Lärmeinwirkung? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (ab 80 dB(A)) angeboten? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (ab 85 dB(A)) durchgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Lärmbereiche mit dem Gebotsschild M 03 „Gehörschutz benutzen“ gekennzeichnet? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung