Fragebogen Gehörschutz am Arbeitsplatz

Name ....................................…… Vorname .................................

Alter ................... Jahre Betriebsnummer……………….

beschäftigt als .............................. seit ................... Jahr(en)

Beurteilungspegel am Arbeitsplatz \_\_\_\_\_\_\_ dB(A)

Betriebsteil ...................................................................................................

1. Hören Sie normal ? ( ) ja ( ) nein ( ) weiß nicht

Wie schätzen Sie Ihre Hörminderung ein?

( ) gering ( ) mäßig ( ) hoch ( ) BK o. Rente. ( ) BK m. Rente

Tragen Sie Hörgeräte? ( ) ja ( ) nein

2.Haben Sie Ohrgeräusche ? ( ) a ( ) nein ( ) selten

3. Art der Ohrgeräusche ?

Pfeifen Summen Rauschen Sonstiges tags nachts immer

ständig manchmal pulsierend

4. Wieviel Jahre haben Sie in starkem Lärm gearbeitet? \_\_\_\_\_\_Jahre

( = Verständigung nur mit sehr lauter Stimme möglich )

5. Welche Maschinen, Anlagen oder Arbeiten verursachen in Ihrem Arbeitsbereich Lärm?

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie empfinden Sie diesen Lärm? ( ) mäßig laut ( ) laut ( ) sehr laut

6. Wer ist Ihr Ansprechpartner zum Gehörschutz?

( ) Arzt ( ) Betriebsrat ( )Sicherheitsfachkraft ( ) sonstige\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Tragen Sie am Arbeitsplatz Gehörschutz? ( ) ja ( ) nein ( )wenn laut ( ) zeitweilig

8. Waren Sie bei der Auswahl des Gehörschutzes beteiligt ? ( ) ja ( ) nein

9. Wurden Sie im Rahmen der Gehörvorsorge-Untersuchung zum Gehörschutz beraten?

( ) ja ( ) nein von wem…………………………

10. Wurden Sie unterwiesen, wie der Gehörschutz richtig zu tragen ist?

( ) ja ( ) nein von wem ………………………..

11. Wird das Tragen des Gehörschutzes kontrolliert? ( ) Ja ( ) nein von wem……………

12. Welcher Gehörschutz wird Ihnen angeboten?

( ) Watte ( ) Stöpsel ( ) Kinnbügel ( ) Otoplastik ( ) Kapsel

Wie ist er für Sie erhältlich?

( ) Spender ( ) Lager ( ) Vorgesetzter ( ) Betriebsrat ( ) BG

13. Welchen Gehörschutz verwenden Sie überwiegend?

( )Watte ( )Stöpsel ( )Kinnbügel ( ) Otoplastik ( )Kapsel

14. Welcher Gehörschutz entspricht Ihren Wünschen?

( )Watte ( )Stöpsel ( )Kinnbügel ( ) Otoplastik ( )Kapsel

15. Wie lange benutzen Sie Ihren Gehörschutz am Tage? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden

16. Wie lange benutzen Sie Ihren Gehörschutz (bis zum Austausch)?

\_\_ Tage \_\_ Wochen \_\_ Monate \_\_ Jahre

17. Wie oft reinigen Sie Ihren Gehörschutz?

( ) täglich ( ) wöchentlich ( ) monatlich ( ) gar nicht

Wie schnell ist Ihr Gehörschutz verschmutzt?

\_\_ Stunden \_\_ Tagen \_\_ Wochen

18. Stört das Tragen von Gehörschutz Ihre Wahrnehmung? ( ) nein ( ) ja wann\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Erkennen Sie Maschinengeräusche beim Tragen von Ihrem Gehörschutz?

( ) ja ( ) nein ( ) mit Übung

20. Erkennen Sie Warnsignalen beim Tragen von Ihrem Gehörschutz ?

( ) ja ( ) nein ( ) mit Übung

21. Können Sie sich mit Ihrem Gehörschutz im Kollegenkreis verständigen?

( ) ja ( ) nein

22. Was stört Sie an Ihrem Gehörschutz?

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Können Sie Ihren Gehörschutzwert einstellen? ( )ja ( )nein

24. Müssen Sie am Arbeitsplatz telefonieren oder kommunizieren Sie mit einem Funksystem?

( ) ja ( ) nein mit welchem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit sagen HEARSAFE und hearsafe.de!