

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 ? ja 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!