|  |  |
| --- | --- |
| **IMS Services Vorlage** | Arbeitsschutzorganisation Ordner 3 Register 5 |
| Prüfliste Persönliche Schutzausstattung (PSA) |  |

|  |
| --- |
| Persönliche Schutzausstattung (PSA) Übersicht und Wirksamkeitsprüfung |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSA Tätigkeit**(Tätigkeit, Gefahrstoff usw.) | **PSA Bezeichnung** | **PSA Hersteller, Vertrieb**(Name, Adresse) | **Datum**Letzte Prüfung | **Datum**Nächste Prüfung | **Bemerkung** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Persönliche Schutzausstattung (PSA) Checkliste Wirksamkeitsprüfung 12 Monate |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PSA Bezeichnung / Nr. |  | Datum der Prüfung |  |
| Unternehmen |  | Nächste Prüfung Datum |  |
| Name des Prüfers |  |

Hinweis: Nur Felder befüllen die Erforderlich sind

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wartung und Pflegetätigkeiten JA**
 |  | 1. **Prüfungen PSA JA**
 |  |
| 1.1 Erforderliche Wartungsarbeiten umgesetzt |  | 2.1 Erforderliche Prüfungen nachweislich umgesetzt |  |
| 1.2 Erforderliche Wartungsarbeiten nicht umgesetzt |  | 2.2 Erforderliche Prüfungen nicht umgesetzt |  |
| 1.3 Kundendienste umgesetzt |  | 2.3 Prüfung bestanden |  |
| 1.4 Kundendienste nicht umgesetzt |  | Bemerkungen zur Prüfung |
| 1.5 Gebrauchsanweisung vorhanden |  |  |
| 1.6  |  |
|  |  |
| 1. **Sichtprüfung JA**
 |  | 1. **Funktionsprüfung JA**
 |  |
| 3.1 Sichtprüfung durchgeführt, keine Mängel |  | 4.1 Funktionsprüfung durchgeführt, keine Mängel |  |
| 3.2 Sichtprüfung durchgeführt, Mängel |  | 4.2 Funktionsprüfung durchgeführt, Mängel |  |
| 3.3 Mängel können behoben werden |  | 4.3 Mängel können behoben werden |  |
| 3.4 PSA muss entsorgt werden (Unbrauchbar) |  | 4.4 PSA muss entsorgt werden (Unbrauchbar) |  |
| Bemerkung zu Sichtprüfung |  | Bemerkung zu Funktionsprüfung |  |
|  |  |
| 1. **Wirksamkeitskontrolle Anforderungen PSA JA**
 |  | **Unterschrift Umsetzung** |
| 5.1 PSA ist gemäß Gefährdungsbeurteilung brauchbar |  | Prüfung wurde gemäß Checkliste umgesetzt.  |
| 5.2 PSA nicht brauchbar |  |  |
| Bemerkung zu Wirksamkeitskontrolle |  |
|  |  |
|  | Datum Name Unterschrift ggf. Personalnummer |
|  | Rücksendung der Unterlagen an Absender Unternehmen |