

Bewertungsbogen

Augenschutz

Angaben zur Firma

Firma _____ Abteilung/Tätigkeit _____
Ansprechpartner _____ Augenschutz bisher _____
Testmuster _____

Bitte beurteilen Sie das Testprodukt **im Vergleich** zum bisher eingesetzten Augenschutz. (Zutreffendes ankreuzen)

	wesentlich besser	etwas besser	gleich	etwas schlechter	wesentlich schlechter
Sitz					
Tragekomfort					
Gewicht					
Feuchtigkeit unter der Brille					
Beschlagen der Scheiben					
Kratzfestigkeit der Scheibe					
Spiegelung					
Sichtfeld					
Druckstellen					

Gefährdungen

Mechanische Gefährdung

(Fremdkörper treffen auf Gesicht und Augen, z. B. Staub, Späne, Splitter, Flüssigkeiten)

ja

nein

Optische Gefährdung

(Strahlung einer natürlichen oder künstlichen Lichtquelle in Form ultravioletter, infraroter oder Laserstrahlung z. B. Schweißarbeiten oder grelles Sonnenlicht, starke künstliche Lichtquellen)

ja

nein

Chemische Gefährdung

(Durch feste, flüssige oder gasförmige Stoffe, z. B. Säuren oder Laugen)

ja

nein

Sonstiges

Welche Merkmale haben Ihnen am Testprodukt gefallen?

Welche Merkmale kritisieren Sie am Testprodukt?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!