

Bewertungsbogen

Gehörschutz

Angaben zur Firma

Firma _____ Abteilung/Tätigkeit _____

Ansprechpartner _____ Gehörschutz bisher _____

Testmuster _____

Art des Gehörschutz-Testmuster (Zutreffendes ankreuzen)

Gehörschutzstöpsel

Kapselgehörschützer

Bügelgehörschützer

Sonstiges

Wie oft wenden Sie am Tag Gehörschutz an/verlassen Sie den Lärmbereich?

Dauer des Tragetests

Bitte beurteilen Sie das Testprodukt **im Vergleich** zum bisher eingesetzten Gehörschutz.

	wesentlich besser	etwas besser	gleich	etwas schlechter	wesentlich schlechter
Passform					
Dämmleistung					
Verarbeitung					
Tragekomfort					
Größeneinstellung					
Design und Optik					
Gesamteindruck					

Welche Merkmale haben Ihnen am Testprodukt gefallen?

Welche Merkmale kritisieren Sie am Testprodukt?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!