

Sicher. Einfach. ASTA.



ASTA



Handschuhanalyse

# Vorteile der Handschuhanalyse

1. **Verbesserung des Handschutzes** in Übereinstimmung mit den gegenwärtigen europäischen Normen.
2. Hilfe zur **Reduzierung von Handverletzungen** am Arbeitsplatz.
3. **Senkung der Beiträge** für die Berufsgenossenschaft zur Kompensation für verletzungsbedingte Aufwendungen.
4. **Bessere Handschuhqualität** reduziert den Verbrauch und trägt so langfristig zur **Kostensenkung** bei.
5. Durch Reduzierung des Verletzungsrisikos **Steigerung der Produktivität der Mitarbeiter**.

## **In Übereinstimmung mit der geltenden europäischen Gesetzgebung ist die Durchführung folgender Aufgaben erforderlich:**

- » Gefahrenanalyse der Arbeitsplätze und Bewertung des Arbeitsplatzrisikos für die Arbeitnehmer.
- » Definieren der für den Schutz der Arbeitnehmer erforderlichen Handschuh-eigenschaften.
- » Sicherstellen, dass alle an den verschiedenen Arbeitsplätzen verwendeten Schutzhandschuhe den jeweils geltenden europäischen Bestimmungen entsprechen.
- » Vergleich der Vorteile und Eigenschaften der verfügbaren, unterschiedlichen Schutzhandschuhe.
- » Detaillierter Nachweis über die Bewertung und Auswahl eines oder mehrerer bestimmter Schutzhandschuhe.

## **Hinweis**

Weder diese Handschuhanalyse noch Hinweise und/oder Feststellungen, die im Namen von ASTA-Arbeitsschutz darin enthalten sind, sind als Gewähr und/oder Bestätigung für die Handelstauglichkeit und/oder Eignung irgendeines Produktes von ASTA-Arbeitsschutz anzusehen.

ASTA-Arbeitsschutz übernimmt keine Haftung für die Eignung eines vom Endverbraucher und/oder Handelspartner für eine bestimmte Anwendung ausgewählten Handschuhes.



# Checkliste

## Gefährdungsermittlung Handschutz

### Allgemeine Betriebsdaten

Firma:

Anschrift:

Anzahl Mitarbeiter:  Abteilung:  in Gruppe/ Werken gesamt:   
gewerblich:  Handschuhträger:

Ansprechpartner:

Funktion:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Homepage:

### Verantwortlichkeiten

Erfüllung der sicherheitstechnischen Betreuung nach dem ASiG durch:

internen Sicherheitsingenieur  externen Sicherheitsingenieur  Unternehmensmodell

Leitender Sicherheitsingenieur (Name, Tel., E-Mail):

Sicherheitsingenieur für PSA (Name, Tel., E-Mail):

Betriebsärztliche Betreuung:  interner Betriebsarzt  externer Betriebsarzt

Name/ Kontaktdaten des Betriebsarztes:

# Beschreibung Arbeitsplatz

## Beschreibung des Betriebsbereiches

Labor       Produktion       Werkstatt       Transport/ Lager

oder folgender Betriebsbereich:

Verantwortlicher für den Betriebsbereich (Name, Tel., E-Mail):

Beschreibung der Tätigkeit:

Wieviele Personen des Unternehmens führen diese beschriebene Tätigkeit durch?  Pers.

Werden die Personen regelmäßig arbeitsmedizinisch betreut?  ja       nein



## Chemische Gefährdung - welche Arbeitsstoffe kommen zum Einsatz?

Stoff       Zubereitung      CAS-Nr.:

Handelsname:

Chemische Bezeichnung:

## Anmerkungen



## Mechanische Belastung

Art der Gefährdung:	Stufe: (1 = hoch, 6 = gering/ unwichtig)						Bemerkungen:
	1	2	3	4	5	6	
Schnitt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rotierende Teile:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Vibration:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schwingung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Weitere mechanische Belastungen:							
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



## Thermische Belastung - Hitze und Kälte

Kontaktwärme	Kontakttemperatur: <input type="checkbox"/> 0-100°C	Belastungshäufigkeit/ -dauer: Kontakthäufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Kontaktdauer: <input type="text"/> Min. maximal
	<input type="checkbox"/> 100-250°C	
	<input type="checkbox"/> 250-350°C <input type="checkbox"/> 350-500°C	
Konvektive Wärme	Maximale Temperatur: <input type="text"/> °C	Häufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Dauer: <input type="text"/> Min. maximal
	kleine Spritzer flüss. Metalls <input type="checkbox"/> 0-10 Tropfen <input type="checkbox"/> 16-25 Tropfen <input type="checkbox"/> mehr als 35 Tropfen <input type="checkbox"/> 11-15 Tropfen <input type="checkbox"/> 26-35 Tropfen	Häufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Dauer: <input type="text"/> Min. maximal
große Mengen flüss. Metalls	<input type="checkbox"/> 0-30 g <input type="checkbox"/> 61-120 g <input type="checkbox"/> mehr als 200 g <input type="checkbox"/> 31-60 g <input type="checkbox"/> 121-200 g	Häufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Dauer: <input type="text"/> Min. maximal
	Kontaktkälte	Minimale Temperatur: <input type="text"/> °C Häufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Dauer: <input type="text"/> Min. maximal
Strahlungswärme	Stufe: (1 = sehr wichtig, 6 = unwichtig)	Häufigkeit: <input type="text"/> pro Tag* Dauer: <input type="text"/> Min. maximal
	1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

\*Eintrag z.B. 4 x 0,5 h pro Tag

# Beschreibung Arbeitsplatz

## Sonstige Belastungen

Umgang mit feuchten und/oder öligen Teilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
Arbeiten unter Spannung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
Funken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
Saures/ basisches Milieu ohne Einstufung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
Starke Verschmutzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
Feuchtarbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit: <input type="text"/>	pro Tag
			Dauer: <input type="text"/>	Min. maximal
andere	<input type="text"/>			

## Zusätzliche Anforderungen

Strahlung (UV, Röntgen, Laser, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klima/ Umgebungstemperatur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeiten an rotierenden Teilen/ Maschinen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankungen bekannt? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="text"/>	

## PSA-Bedarf/ Lieferung

Wie hoch ist der Gesamtbedarf an Schutzhandschuhen p.a.?  Paar gesamt

Wie hoch ist der Bedarf an Schutzhandschuhen für den beschriebenen Arbeitsbereich?  Paar

Einkauf PSA (Name, Tel., E-Mail)

  

Technisches Lager PSA (Name, Tel., E-Mail)

  

PSA-Lieferant:  PSA-Hersteller

Technischer Handel  Systemlieferant

Name, Anschrift des Lieferanten:

## Tragekomfort

### Stufe:

(1 = sehr wichtig, 6 = unwichtig)

1      2      3      4      5      6

Tastempfinden

Griffsicherheit

Armschutz       Notwendige Länge:  cm

Temperaturisolierung

Sonstige  
Anforderungen

## Derzeitige Schutzprodukte

Welche(r) Schutzhandschuh(e) werden in dem beschriebenen Arbeitsbereich bisher eingesetzt?

1. Hersteller:  Name:

2. Hersteller:  Name:

3. Hersteller:  Name:

Wie wurde die Wirksamkeit des Schutzhandschuhes überprüft?  gar nicht

Überprüfung auf folgende Art:

## Verbesserungswünsche

Welche Verbesserungen werden bei dem beschriebenen Arbeitsplatz von einem optimalen Handschuh erwartet/ gewünscht?

# Notizen

---

