

KONTAMINATION / EXPOSITION WERKSTATTDIENST



Datum

Werkstatt

Exposition gegenüber kontaminiertem Material / Gerät JA NEIN

Exposition gegenüber Abgasen JA NEIN

In Bezug zu Einsatz JA NEIN wenn JA Einsatz-Nr. _____

vom _____

SCHADSTOFFE (bitte ankreuzen)



Ruß



ABC Stoffe



Gift



Blut/Sekret



Kraftstoffe



AUSGEFÜHRTE ARBEITEN

KONTAMINATION / EXPOSITION

WERKSTATTDIENST



Schutzkleidung JA NEIN

welche

.....

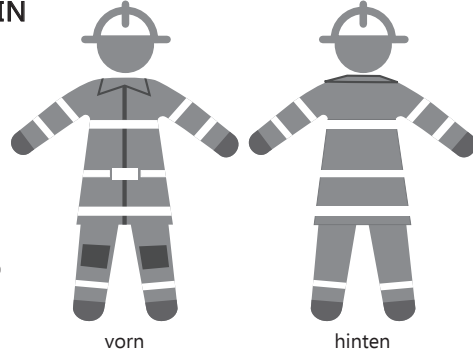
Kontaminationsort
(bitte einzeichnen)

Eintrag Verbandbuch / Unfallmeldung JA NEIN

Atemschutz JA NEIN

Dabei kontaminiert JA NEIN

Kontamination Haut Inhalativ PSA



Reinigung JA NEIN

Reinigungsart

.....

.....

.....

BESCHREIBUNG

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Name Verantwortlicher

Unterschrift