

Verwendungsbescheinigung für orthopädische Sicherheits- und Berufsschuhe (ÖNORM Z 1259:2017)

ArbeitnehmerIn		Firma	
Familiename:		Firmenname:	
Vorname:		Straße:	
VS-Nummer:		PLZ, Ort:	
Straße:		E-Mail:	
PLZ, Ort:		Tel. Nr.:	
Tel. Nr.:		Ansprechpartner:	

Kategorie	Schuhtyp
<input type="checkbox"/> S1 Zehenschutzkappe geschlossener Fersenbereich	<input type="checkbox"/> Sandale
<input type="checkbox"/> S2 wie S1 zusätzlich wasserabweisend	<input type="checkbox"/> Halbschuh
<input type="checkbox"/> S3 wie S2 zusätzlich Durchtrittschutz	<input type="checkbox"/> O knöchelhoher Schuh
<input type="checkbox"/> Berufsschuh der Kategorie O _____	

Zusatzanforderungen nach Tabelle 12 ÖNORM EN ISO 20345/20347	
<input type="checkbox"/> P Durchtrittssicherheit	<input type="checkbox"/> ESD Elektrostatisch ableitfähige Schuhe
<input type="checkbox"/> HI Wärmeisolierung	<input type="checkbox"/> A Antistatischer Schuh
<input type="checkbox"/> CI Kälteisolierung	<input type="checkbox"/> C Leitfähiger Schuh
<input type="checkbox"/> HRO Thermisches Verhalten der Laufsohle	<input type="checkbox"/> I Isolierender Schuh
<input type="checkbox"/> SRA Rutschsicherheit auf Keramikfliesen mit SLS	<input type="checkbox"/> FO Kraftstoffbeständigkeit der Laufsohle
<input type="checkbox"/> SRB Rutschsicherheit auf Stahlboden mit Glycerol	<input type="checkbox"/> WR Wasserdichtheit des Schuhs
<input type="checkbox"/> SRC Erfüllt die Rutschsicherheit SRA und SRB	<input type="checkbox"/> WRU Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme des Schuhs

Besorgung der Sicherheitsschuhe	
<input type="checkbox"/> besorgt die Firma oder der/die Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> besorgt die Firma Wegschaider

Oben genannte/r ArbeitnehmerIn ist in unserem Betrieb beschäftigt. Aufgrund der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren am Arbeitsplatz §4 ASchG ist es erforderlich, dass die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer an ihrem/seinem Arbeitsplatz Schuhwerk mit schützenden Funktionen in folgender Ausführung tragen muss:

Hersteller: _____ **Modell oder Artikel Nummer:** _____

Größe: _____ **Name des/der Sicherheitsbeauftragten:** _____

Ort, Datum **Stempel und Unterschrift**

Die ausgefüllte Verwendungsbescheinigung und die Heilbehelfsverordnung vom Arzt sind zur Vorlage beim Orthopädienschuhmacher mitzubringen!