

# Verwendungsbescheinigung für orthopädische Sicherheit und Berufsschuhe (ÖNORM Z 1259:2017)

ArbeitnehmerIn		Firma	
Familiename:		Firmenname:	
Vorname:		Zusatz:	
VS-Nummer:		Straße:	
Straße:		PLZ Ort:	
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"/> knöchelhoher Schuh
<input type="checkbox"/> Berufsschuh der Kategorie <input type="checkbox"/> _____	

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

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:

Hier können Sie den gewünschten Hersteller angeben : \_\_\_\_\_

**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!**