

QUALITATIVE DICHTSITZPRÜFUNG/BITREX METHODE

DETAILS ZUM TRÄGER DES ATEMSCHUTZES	
Nachname	Vorname
Firma	Firmenadresse
Prüfdatum	Prüfdauer

DETAILS ZUM ATEMSCHUTZPRODUKT			
Hersteller	Modell	Größe	
Eigene Maske des Trägers?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	Hat die Maske einen Gesichtsgrößenmesser?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)
Maske des Unternehmens?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	Ist die Maske ein Einwegprodukt?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)
Zustand der Testmaske			
Andere während der Prüfung getragene PSA (Hersteller, Modell & Größe, falls zutreffend)			
Wurde während des Tests eine Korrektionsbrille getragen?		JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	

ANPROBE			
Gab es eine Anleitung zum An-/Ablegen der PSA?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	Konnte die Testperson eine Passformprüfung ohne Hilfe durchführen?	JA <input type="checkbox"/> / NEIN <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)

EMPFINDLICHKEITSTEST: 10 20 30 (bitte ankreuzen)

TRAGEKOMFORT :							
1	Normale Atmung	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>	5	Sprechen	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>
2	Tiefes Atmen	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>	6	Beugen	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>
3	Kopf von Seite zu Seite	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>	7	Sichtfeld	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>
4	Kopf nach oben und unten	Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>	Gesamtergebnis		Gut <input type="checkbox"/>	Nicht gut <input type="checkbox"/>

Waren Wiederholungstests erforderlich? JA / NEIN (bitte anklicken)

Empfohlenes Wiederholungsdatum:		Bitte beachten Sie, dass dieses Datum nur als Richtwert gilt, wenn sich der Träger körperlich verändert, ist ein früherer erneuter Test erforderlich.	
Nachname des Prüfers		Vorname d. Prüfers	
Unterschrift d. Prüfers		Firma d. Prüfers	
Datum			
Unterschrift d. Trägers		Datum	

MANUFACTURING FOR SAFETY