

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"/> 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 |

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!