|  |
| --- |
|  |

Auswahl geb. […] vom […]

- Auskunft zu Sicherheitsschuhen

Anrede

Auswahl […] ist darauf angewiesen, orthopädische Schuhe bzw. Schuhe mit entsprechender orthopädischer Ausstattung zu tragen. Wenn am Arbeitsplatz bzw. im Betrieb Sicherheitsschuhe zu tragen sind, müssen diese ebenfalls orthopädisch ausgestattet werden.

Wir bitten Sie, in der beigefügten „Auskunft zu Sicherheitsschuhen“ die Anforderungen an die Sicherheitsschuhe in Ihrem Betrieb anzugeben. Die dort verwendeten Kürzel (zum Beispiel: „SB“) entsprechen der hierfür maßgeblichen DGUV-Regel „Benutzung von Fuß- und Knieschutz“ (DGUV-Regel 112/991). Um die Anforderungen an die Sicherheitsschuhe zu bestimmen, ermitteln Sie bitte die Risiken, die bei den ausgeübten Tätigkeiten auftreten.

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Auskunft zu Sicherheitsschuhen mit Firmenstempel und Ihrer Unterschrift oder der Unterschrift der Fachkraft für Arbeitssicherheit oder des/der Sicherheitsbeauftragten wieder zurück.

Wir tragen die Kosten der orthopädischen Ausstattung.

Die erforderlichen Kosten für Sicherheitsschuhe haben Sie zu tragen. Darüber erhalten Sie eine Abrechnung.

Auswahl

Wenn Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern.

Mit freundlichen Grüßen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Adresse des UV-Trägers |  |

Az.: […], Name: […]

**Auskunft zu Sicherheitsschuhen**

|  |  |
| --- | --- |
| Die oben genannte, bei uns beschäftigte Person ist verpflichtet an ihrem/seinem Arbeitsplatz Sicherheitsschuhe zu tragen. Er/sie ist in folgenden Tätigkeitsbereichen eingesetzt. | |
| […] | |
|  | |
| Die Sicherheitsschuhe müssen deshalb unter Anwendung der DGUV-Regel 112/991 folgender Ausführung entsprechen (bitte ankreuzen): | |
| **Kategorie** | |
| **Klassifizierungsart I: Herkömmlich gefertigte Schuhe (z. B. Lederschuhe)** | |
| SB: Nach DIN EN ISO 20345 mit geschlossenem oder offenem Fersenbereich | |
| S1: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich | |
| S2: Wie S1, zusätzlich Wasserdurchtritt und Wasseraufnahme | |
| S3: Wie S2, zusätzlich Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle | |
| **Klassifizierungsart II: Schuhe vollständig geformt oder vulkanisiert** | |
| S4: Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich | |
| S5: Wie S4, zusätzlich: Durchtrittsicherheit, profilierte Laufsohle | |
| **Sicherheitsschuhe mit Kettensägenschnittschutz nach DIN EN ISO 17249** | |
| Schnittschutzniveau 1: Kettengeschwindigkeit m/s 20 | |
| Schnittschutzniveau 2: Kettengeschwindigkeit m/s 24 | |
| Schnittschutzniveau 3: Kettengeschwindigkeit m/s 28 | |
| **Schuhformen** | |
| A: Halbschuhe offener Fersenbereich | A1: Halbschuhe geschlossener Fersenbereich |
| B: Stiefel niedrig | C: Stiefel halbhoch |
| D: Stiefel hoch | E: Stiefel oberschenkelhoch |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Notwendige Zusatzanforderungen** | | | |
| **Symbol** | **Anforderung** | **Symbol** | **Anforderung** |
| P | Durchtrittsicherheit | C | Leitfähige Schuhe |
| A | Antistatische Schuhe | I | Elektrisch isolierende Schuhe |
| HI | Wärmeisolierung | WR | Wasserdichtheit |
| CI | Kälteisolierung | M | Mittelfußschutz |
| E | Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich | AN | Knöchelschutz |
| WRU | Wasserdichtheit des Obermaterials - Profilierte Laufsohle | CR | Schnittschutz |
| HRO | Hitzebeständige Laufsohle | ORO/FO | Kraftstoffbeständigkeit |
| Sonstige Anforderungen: | | | |
| […] | | | |

**Anmerkungen**

Zur Auswahl der an diesem Arbeitsplatz notwendigen Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) sind die auftretenden Risiken zu ermitteln. Es ist darauf zu achten, dass die Schuhe mit dem CE-Zeichen versehen sind und eine Konformitätsbescheinigung der Herstellfirma vorliegt.

**Anteil des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin an den Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe**

|  |  |
| --- | --- |
| Die Kosten für ein Paar Arbeitssicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben | |
| genannten Ausführung betragen […] EUR, | einschließlich Mehrwertsteuer. |
|  | ohne Mehrwertsteuer. |

**Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffung) angeben**

Die von der versicherten Person bisher genutzten Arbeitssicherheitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig.

nicht weiter gebrauchsfähig.

**Für Rückfragen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Ansprechperson: (bitte in Druckbuchstaben) | […] |
| Meine Funktion im Unternehmen: | […] |
| Meine Telefon-Nr.: | […] |
| Meine Mobil-Nr.: | […] |
| Meine Fax-Nr.: | […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Firmenbezeichnung oder Stempel und Unterschrift) |