



Name, Anschrift, Stempel des Betriebes

ABTEILUNG VERSICHERUNG,  
RENTE UND REHABILITATION  
Bereich Rehabilitation

## Notwendigkeitsbescheinigung des Arbeitgebers zum Tragen von Arbeitssicherheitsschuhen nach DIN EN 345 – 1 CE für

Name, Vorname des Arbeitnehmers

Versicherungsnummer:

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Die/Der o.g. Versicherte ist in unserem Betrieb beschäftigt.

Das Arbeitsverhältnis besteht noch länger als 6 Monate.

Ja

Nein

Aufgrund

der Unfallverhütungsvorschriften vom \_\_\_\_\_

ist die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer verpflichtet, an ihrem/seinem Arbeitsplatz Arbeitssicherheitsschuhe zu tragen.

Nach dieser Vorschrift sind Arbeitssicherheitsschuhe in folgender Ausführung notwendig:

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Klassifizierung I** Schuhe aus Leder oder anderen Materialien, mit Ausnahme von Vollgummi- oder Gesamtpolymerschuh

### Kategorie Schutzfunktion

- SB Schuhe mit Zehenkappen 200 J
- S1 zusätzlich: Geschlossener Fersenbereich, Antistatik, Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- S2 wie S1, zusätzlich wasserdichtes Obermaterial
- S3 wie S2, zusätzlich Durchtrittssicherheit, profilierte Laufsohle

### Notwendige Zusatzanforderungen nach Tabelle 3 DIN EN 345 – 1 CE

#### Symbol Anforderung

- P Durchtrittssicherheit
- A Antistatische Schuhe
- HI Wärmeisolierung
- CI Kälteisolierung
- E Energieaufnahmevermögen im Fersenbereich
- WRU Wasserdichtheit des Obermaterials – Profilierte Laufsohle
- HRO Hitzebeständige Laufsohle

### 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 des Herstellers vorliegt.

### Anteil des Arbeitgebers an den Kosten für Arbeitssicherheitsschuhe:

Die Kosten für ein Paar Arbeitssicherheitsschuhe ohne orthopädische Ausstattung in der oben genannten Ausführung betragen \_\_\_\_\_ Euro.

einschl. MWST

ohne MWST

### Nur bei Folgeanträgen (Ersatzbeschaffungen) angeben:

Die von der/dem Versicherten bisher genutzten Arbeitssicherheitsschuhe sind

weiter gebrauchsfähig

nicht weiter gebrauchsfähig

Datum

Gb 13-2 01-08

Stempel, Rufnummer und Unterschrift des Arbeitgebers