|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitsbereich, Arbeitsplatz, Tätigkeit** | | |
| Arbeitsbereich........................................... | Tätigkeit........................................... |
| Arbeitsplatz........................................... |
| **Gefahrstoffbezeichnung** | | |
| **triformin wash pure** | | |
| **Gefahren für Mensch und Umwelt** | | |
| **Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln** | | |
|  | | |
| **Allgemeine Schutz- und Hygienemaßnahmen** | | |
| Die beim Umgang mit Chemikalien üblichen Vorsichtsmaßnahmen sind zu beachten. | | |
| **Technische und organisatorische Schutzmaßnahmen zur Verhütung einer Exposition** | | |
| Hinweise zum Brand- und Explosionsschutz: Keine besonderen Maßnahmen erforderlich. | | |
| Weitere Angaben zu den Lagerbedingungen: Behälter trocken und dicht geschlossen halten. | | |
| **Persönliche Schutzausrüstungen** | | |
| Augenschutz: Nicht erforderlich. | | |
| Handschutz: Schutzhandschuhe | | |
| Körperschutz: Nicht erforderlich. | | |
| **Verhalten im Gefahrfall** | | |
| **Unfalltelefon / Alarmpläne im Betrieb:** | | |
|  | | |
| Geeignete Löschmittel: Produkt selbst brennt nicht; Löschmaßnahmen auf Umgebungsbrand abstimmen. | | |
| Berührung mit Haut, Augen und Kleidung vermeiden. | | |
| Nicht in Oberflächenwasser/Grundwasser gelangen lassen. | | |
| Mit geeigneten flüssigkeitsbindenden Materialien aufnehmen. Verschmutzte Gegenstände und Fussboden unter Beachtung der Umweltvorschriften gründlich reinigen. Vorschriftsmäßig beseitigen. | | |
| Bei Brand geeignetes Atemschutzgerät benutzen. | | |
| **Erste Hilfe** | | |
| **Ersthelfer:** | | |
|  | | |
|  | | |
| Bei anhaltenden Beschwerden Arzt hinzuziehen. | | |
| Nach Einatmen: Für Frischluft sorgen. Bei Beschwerden ärztlicher Behandlung zuführen. | | |
| Nach Augenkontakt: Augenlider spreizen, Augen gründlich mit Wasser spülen (15 Min.). Bei Reizung Augenarzt konsultieren. | | |
| Nach Hautkontakt: Keine besonderen Maßnahmen erforderlich. | | |
| Nach Verschlucken: Mund ausspülen und reichlich Wasser nachtrinken. | | |
| **Notrufnummer** | | |
|  | | |
| **Sachgerechte Entsorgung** | | |
| **Datum / Unterschrift Arbeitgeber: (Graue Felder sind durch den Arbeitgeber zu ergänzen!)** | | |
| **Die Betriebsanweisung ist ein Vorschlag, der im Einzelfall redaktionell zu überarbeiten ist.** | | |