

ANLAGE 1 zum BESICHTIGUNGSPROTOKOLL

Chemikalienschutz / Messgeräte

Fragen über Übungen mit CSA u.s.w. beziehen sich auf die FwDV 7 und FwDV 500:

Fragen über Prüfungen beziehen sich auf die Herstellerangaben.

A.

Anzahl der Chemikalienschutzanzüge (4)	Anzahl: _____	ausreichend	ergänzen
PA-Träger mit Zusatzausbildung CSA-Träger (12)	Anzahl: _____	ausreichend	ergänzen
Anzahl der Hörsprechgarnituren (4)	Anzahl: _____	ausreichend	ergänzen

Bemerkung:

B.

Multiwarn II : Sensorbestückung/Art:

X-am 2000 :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
X-am 3000 :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
X-am 5000 :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
X-am 7000 :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
BW Gas Alert Max :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
BW Micro5PID :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
Auer Solaris :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____
Auer Orion :	Pumpe:	Ja	Nein	Sensorbestückung/Art: _____

Sonstiges Mehrgasmessgerät:

_____ : Pumpe: Ja Nein Sensorbestückung/Art: _____

Einzelmessgerät (ein Sensor) Gerätetyp:

_____ : Pumpe: Ja Nein Sensorbestückung/Art: _____

Bemerkung:

C.**Gasspürgeräte:**

Auer Einhand Gasspürpumpe: Typ: _____

Dräger Einhand Gasspürpumpe: Typ: _____

Dräger CMS Analyzer Chipsystem:

Pumpe für CMS vorhanden: Ja Nein

Sonstige Gasspürpumpe: _____

Bemerkung:

D.Die CSA werden regelmäßig gewartet: _____ Ja Nein
falls nicht: (Name der Werkstätte)

Überprüfungen der CSA werden regelmäßig durchgeführt: (Halbjährlich) Ja Nein

Übungen mit Messgeräten und Koffer werden regelmäßig durchgeführt: Ja Nein

Übungen mit Chemikalienschutzanzügen werden regelmäßig durchgeführt Ja Nein

Gasmessgeräte werden regelmäßig gewartet (Hersteller oder Fachfirma bzw. ausgebildetes Personal mit Zertifikat):

Funktionskontrolle EX – Sensoren (4-monatlich): Ja Nein

Funktionskontrolle TOX – Sensoren (4-monatlich): Ja Nein

Funktionskontrolle O² - Sensor (4 monatlich): Ja Nein

Sichtkontrolle und Anzeigetest mit Prüf-Gas wird durchgeführt (Monatlich) Ja Nein

Funktionskontrolle nach Einsatz und / oder Übung wird durchgeführt Ja Nein

Systemkontrolle (jährlich) Ja Nein

Kontrolle der Aufzeichnung (alle 3 Jahre) Ja Nein

Haltbarkeit der CMS – Chips i.O.: Ja Nein

Haltbarkeitsdatum der Prüfröhrchen i.O.: Ja Nein

Bemerkung:

Bewertung: _____ **9a/A** **9a/B** **9a/C** **9a/D****Maßnahmen ausreichend**
Maßnahmen nicht ausreichend!**Tag der Prüfung:****Ort****Datum****Unterschrift**