KREISBRANDINSPEKTION
Landkreis _____

Besichtigung der Feuerwehren durch den Kreisbrandrat

Vollzug Art. 19 (1) BayFwG i.V.m. § 12(2) AVBayFwG

ANLAGE 1 zum BESICHTIGUNGSPROTOKOLL

C h e m i k a l i e n s c h u t z / M e s s g e r ä t e

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 O^2 - 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**

_____ _____ _____