

# 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 O<sup>2</sup> - 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**