

Fachdienstausbildung Betreuungsdienst

Ort:**Ausbilder:****Datum:****Dauer: 8 Unterrichtsstunden**

| Lfd. Nr. | Name | Vorname | Geb-Dat | Straße | PLZ | Wohnort | E-Mail | Unterschrift |
|----------|------|---------|---------|--------|-----|---------|--------|--------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |

Die Richtigkeit der Angaben sowie die ordnungsgemäße Durchführung der Ausbildung wird hiermit bestätigt:

Unterschrift des Ausbilders

Übersichtsprotokoll Patienten / Betroffene

Eingangssichtung (San)
 Ausgangssichtung (San)
 Registrierung (B)

Art des Einsatzes

SEG-Einsatz
 Bereitstellungseinsatz
 Sanitätswachdienst

| | | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Einsatzanlass | Einsatzort | Einsatzdatum | Einsatz- / Schichtbeginn | Einsatz- / Schichtende |
|----------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------|-------------------------------|

Sichtungsstelle / Ort der Registrierung

Patientenablage
 BHP
 Eingang
 Ausgang
 Anlaufstelle.
 Betreuungsstelle
 Betr.-platz / Unterkunft

Name des Protokollführers
Bezeichnung / Ort der Sichtungs- / Registrierungsstelle
Bei Sichtung (nur SAN): Name des Sichtenden
Qualifikation / Funktion des Sichtenden (nur SAN)

LNA
 NA
 RA (Vorsichtung)

Gesamtübersicht bei Einsatzende / Schichtende

| | | | | | | |
|-------------------|----------------|--------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------------|---------------|
| Betroffene | SK I | SK II | SK III | SK IV | EX | GESAMT |
| Datum | Uhrzeit | | Unterschrift Protokollführer | | Unterschrift Sichtender | |

| Patienten / Betroffenenübersicht | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------------------|-------------------------------------|
| Nr. / Label oder Name / Geb.-dat. | | Kategorie | | | | | | Sofortiger Transport (nur JA) | Diagnose / Maßnahmen / Bemerkung (ggf. Adresse) | Ziel / Verbleib E = Entlassen ... W = Weiterleitung... | Transport- mittel | Zeit (Transport / Entlassung) |
| | | B | I | II | III | IV | EX | | | | | |
| | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | EX <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | EX <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | EX <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | EX <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | II <input type="checkbox"/> | III <input type="checkbox"/> | IV <input type="checkbox"/> | EX <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Übersichtsprotokoll Einsatzkräfte

Art des Einsatzes
 SEG-Einsatz
 Bereitstellungseinsatz
 Sanitätswachdienst

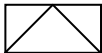
| Einsatzanlass | | | Einsatzort | | Einsatzdatum | Einsatzbeginn | Einsatzende |
|---------------|---------------|---------------|------------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------|-------------|
| Nr. | Name, Vorname | Qualifikation | Gemeinschaft / Einsatzformation | Standort / Fahrzeug | Erreichbarkeit (Funk / Mobil) | Dienstbeginn | Dienstende |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



Schnellerkundungsbogen Anlauf-/Betreuungsstelle

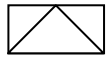
| | | |
|---|--|--|
| Objekt | Anschrift | Datum |
| Ansprechpartner | Kontakt | Erstellt durch |
| Räume | | |
| <input type="checkbox"/> Registrierung / Pforte | Raum / Ort | |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt Betroffene | Raum A | Ggf. Raum B (z.B. bes. Hilfsbed.) |
| | Vorhandene Sitzgelegenheiten A | Vorhandene Sitzgelegenheiten B |
| | Größe A | Größe B |
| | Schlafplätze A (3 m²/Person) | Schlafplätze B (3 m²/Person) |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt Einsatzkräfte | Raum | |
| <input type="checkbox"/> Küche / Verpflegung | Raum | |
| <input type="checkbox"/> San-Bereich | Raum | |
| Sanitäre Anlagen | | |
| <input type="checkbox"/> WC Damen | Raum | Anzahl |
| <input type="checkbox"/> WC Herren | Raum | Anzahl |
| <input type="checkbox"/> WC Einsatzkräfte | Raum | Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Duschen / Waschplätze D | Raum | Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Duschen / Waschplätze H | Raum | Anzahl |
| <input type="checkbox"/> Duschen / Waschplätze EK | Raum | Anzahl |

Erläuternde Skizzen bitte auf der Rückseite oder dem Skizzenbogen erstellen!



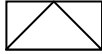
| <h2 style="margin: 0;">Außenerkundung</h2> | | |
|---|---|---|
| Objekt | Anschrift | Blatt _____ / _____ |
| Erkundet am | Erkundet durch | Ergänzt am / durch |
| Zufahrt* | | |
| Zufahrt __ (von Straße) _____ <input type="checkbox"/> befestigt <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Bus/LKW <input type="checkbox"/> Wendepplatz | Zufahrt __ (von Straße) _____ - <input type="checkbox"/> befestigt <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Bus/LKW <input type="checkbox"/> Wendepplatz | Zufahrt __ (von Straße) _____ <input type="checkbox"/> befestigt <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Bus/LKW <input type="checkbox"/> Wendepplatz |
| Parkplätze* | | |
| Parkplatz __ Fläche (L x B) ____ X ____ = _____ | Zahl Stellplätze _____ <input type="checkbox"/> markiert <input type="checkbox"/> begrenzt | <input type="checkbox"/> befestigt: _____ <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Zaun / Tor |
| Parkplatz __ Fläche (L x B) ____ X ____ = _____ | Zahl Stellplätze _____ <input type="checkbox"/> markiert <input type="checkbox"/> begrenzt | <input type="checkbox"/> befestigt: _____ <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Zaun / Tor |
| Parkplatz __ Fläche (L x B) ____ X ____ = _____ | Zahl Stellplätze _____ <input type="checkbox"/> markiert <input type="checkbox"/> begrenzt | <input type="checkbox"/> befestigt: _____ <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Zaun / Tor |
| Sicherheit* | | |
| Rettungswege / Feuerwehzufahrt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> gekennzeichnet <input type="checkbox"/> befestigt: _____ | | Zufahrt über _____ |
| Hydranten (Standorte) | | |
| Gasschieber (Standort) | Wasserschieber (Standorte) | |
| Gefahrenquelle (auf dem Gelände und im Umfeld) | | |
| Einfriedung / Umzäunung vorhanden / Zugangskontrolle möglich? | | |
| Objektzugang* | | |
| Zugang __ (Position / Anfahrt) _____ <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Treppe, Anzahl Stufen _____ <input type="checkbox"/> Rampe Türbreite: _____ Wegbreite: _____ | Zugang __ (Position / Anfahrt) _____ <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Treppe, Anzahl Stufen _____ <input type="checkbox"/> Rampe Türbreite: _____ Wegbreite: _____ | Zugang __ (Position / Anfahrt) _____ <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> beleuchtet <input type="checkbox"/> Treppe, Anzahl Stufen _____ <input type="checkbox"/> Rampe Türbreite: _____ Wegbreite: _____ |

* ggf. Rückseite oder weiteren Bogen benutzen,
Erläuternde Skizzen bitte auf Skizzenbogen erstellen!



Skizzenbogen

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| Objekt, Anschrift | | Gebäudeteil | Etage / Ebene | Blatt / |
| Ergänzt am | Erkundet durch | | Ergänzt durch | |



Raumerkundungsbogen

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| Objekt, Anschrift | | Gebäudeteil | Etage / Ebene | Blatt / |
| Erkundet am | Erkundet durch | Ergänzt am | Ergänzt durch | |

| Raum-Nr. | Länge (m) | Breite (m) | Fläche (m ²) | Höhe (m) | Anzahl Fenster | davon zu öffnen | Heizung, Lüftung Klima | Waschbecken | | Wasserzapfstelle | Beleuchtung ja / nein | Steckdosen | Sichtbare Mängel / Gefahrenquellen (ggf. Rückseite) | Festgelegte Räume (Chemie, Physik, Küche, Aula etc.) | Bemerkungen (ggf. Rückseite) | Schlafplätze | |
|----------|-----------|------------|--------------------------|----------|----------------|-----------------|------------------------|-------------|-------------|------------------|-----------------------|------------|---|--|------------------------------|--------------|--|
| | | | | | | | | kalt | kalt / warm | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Falls KEINE Raum-Nummerierung vorhanden ist, selbst nummerieren! (z.B. 1. Raum EG: 0.01; 3. Raum 1. OG: 1.03)



Sanitärerkundungsbogen

| | | | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|
| Gebäude | | Gebäudeteil | Etage / Ebene | Blatt / |
| Erkundet am | Erkundet durch | Ergänzt am | Ergänzt durch | |

| Raumnummer | WC männlich | | | | | WC weiblich | | | | WC sonstige | | | Duschen / Waschplätze | | | | | Umkleiden | | | | | Wasserzapfstellen | Mängel / Gefahrenstellen, Anmerkungen (ggf. Rückseite) | |
|------------|-------------|---------|------------------|-------------------------|-------------|-------------|------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|---------------------|-------------|-----------------------|--------------|------------------------|-----------------|-------------|------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|-------------------|--|--|
| | Sitze | Urinale | Waschbecken kalt | Waschbecken Kalt / warm | Beleuchtung | Sitze | Waschbecken kalt | Waschbecken Kalt / warm | Beleuchtung ja / nein | Kindgerecht | Behinderten-gerecht | Beleuchtung | Duschen warm / kalt | Duschen kalt | Waschplatz warm / kalt | Waschplatz kalt | Beleuchtung | Umkleiden einzel | Umkleiden gemeinsam | Spinde abschließbar | Spinde offen / Kleiderhaken | Beleuchtung | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Falls KEINE Raum-Nummerierung vorhanden ist, selbst nummerieren! Sanitärräume mit dem Zusatz „S“ (z.B. WC 1. OG: S 1.01)



Erkundungsbogen VEB 0 -Allgemeine Informationen-

| | | | |
|----------------|-------|----------------|-------|
| Objekt | | Anschrift | |
| Erstellt durch | Datum | Geändert durch | Datum |

Ansprechpartner

| | | | |
|---|----------------------|---------|--|
| Eigentümer | Name Eigentümer | | |
| | Name Ansprechpartner | Kontakt | |
| Technischer Dienst / Hausmeister | Name Ansprechpartner | Kontakt | |
| | Name Ansprechpartner | Kontakt | |

Sonstige Ansprechpartner

| | | |
|----------|------|---------|
| Funktion | Name | Kontakt |
| Funktion | Name | Kontakt |
| Funktion | Name | Kontakt |

Anmerkungen / Besonderheiten



Erkundungsbogen VEB 1 -Elektrizität / Stromversorgung-

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
| Hausanschluss / Zähler / Verteilung | | |
| Netzstation (Traffo) | Raum / Standort (nur bei größeren Objekten) | |
| Hausanschlusskasten | Raum / Standort | |
| Zähleranlage | Raum / Standort | |
| Zähler (ggf. Rückseite bei > 1 Zähler) | Zählernummer | Zählerstand (in kWh) |
| Hauptverteilung | Raum / Standort | |
| Unterverteilungen (ggf. Rückseite benutzen) | | |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Besondere Anschlüsse (400 V, 16 / 32 A) | | |
| Art / Raum | Art / Raum | Art / Raum |
| Art / Raum | Art / Raum | Art / Raum |
| Wartungsunternehmen / Störungsdienst | | |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Anmerkungen / Besonderheiten (Fotovoltaikanlage etc.) | | |
| | | |



Erkundungsbogen VEB 2 -Heizung-

| | | |
|---|--|---------------------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
| Heisanlage (bei mehr als 1 Heisanlage mehrere Bögen nutzen) | | |
| Heizraum | Raum / Standort | |
| Art der Heizung | (Gas, Heizöl, Holz, Fernwärme, Strom, etc) | |
| Bei Gas: Hauptabspernung | Raum / Standort | |
| Bei Gas, Fernwärme, Strom, ggf. Öl Zähler | Raum / Standort | |
| Zähler (ggf. Rückseite bei > 1 Zähler) | Zählernummer | Zählerstand (in kWh) |
| Bei Heizöl, Holz, Flüssiggas etc. Brennstofflager | Raum / Standort | |
| Brennstoffvorrat | Füllstand | Vorrat ausreichend? / Zeitraum? |
| Versorgungsunternehmen / Brennstofflieferant | Name Firma | Kontakt |
| Heizkreise / Heizungssteuerung (ggf. müssen die Zeiten der Heizungssteuerung angepasst werden) | | |
| HK 1, Zeiten: | HK 2, Zeiten: | HK 3, Zeiten: |
| HK 4, Zeiten: | HK 5, Zeiten: | HK 6, Zeiten: |
| Warmwasserbereitung | zentral / dezentral? Wenn zentral, Standort? | |
| Wartungsunternehmen / Störungsdienst | | |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Anmerkungen / Besonderheiten | | |
| | | |



Erkundungsbogen VEB 3 -Lüftungsanlage-

| | | |
|--------|-----------|----------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
|--------|-----------|----------------|

Lüftungsanlage

(bei mehr als 1 Lüftungsanlage mehrere Bögen nutzen)

| | |
|---------------------|--------------------------------|
| Lüftungsanlage | Raum / Standort |
| Versorgungsbereich | Versorgte Räume / Gebäudeteile |
| Beheizung | ja / nein |
| Kühlung | ja / nein |
| Frischluftansaugung | Standort |
| Abluftabsaugung | Ja / nein |

Wartungsunternehmen / Störungsdienst

| | | |
|------------|---------|-----------|
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |

Anmerkungen / Besonderheiten

| |
|--|
| |
|--|



Erkundungsbogen VEB 4 -Wasser-

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
| Frischwasser | | |
| Hausanschluss | Raum / Standort | |
| Hauptabsperrung | Raum / Standort | |
| Zähleranlage | Raum / Standort | |
| Zähler (ggf. Rückseite bei > 1 Zähler) | Zählernummer | Zählerstand (in kWh) |
| Wesentliche Unterverteilungen / Absperrungen (ggf. Rückseite benutzen / Skizze) | | |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Hydranten (Trinkwasser / Brauchwasser) | | |
| Art, Raum / Standort | Art, Raum / Standort | Art, Raum / Standort |
| Art, Raum / Standort | Art, Raum / Standort | Art, Raum / Standort |
| Wartungsunternehmen / Störungsdienst | | |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Anmerkungen / Besonderheiten (Wasseraufbereitung, Regenwassernutzung, Brauchwassernetz etc.) | | |
| | | |



Erkundungsbogen VEB 5 -Abwasser-

| | | |
|---|------------------------|------------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
| Abwasser | | |
| Hausanschluss | Lage | |
| Sammelschacht | Lage | |
| Absperrvorrichtung(en)? | Raum / Standort | Raum / Standort |
| | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Hebeanlage(n) | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Revisionsöffnungen | Raum / Standort | Raum / Standort |
| | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Abscheider (Öl, Fett, Stärke etc) | | |
| Art, Raum / Standort | Entsorger | Kontat |
| Art, Raum / Standort | Entsorger | Kontakt |
| Wartungsunternehmen / Störungsdienst | | |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Name Firma | Kontakt | Anmerkung |
| Anmerkungen / Besonderheiten | | |
| | | |



Erkundungsbogen VEB 6 -Abfallentsorgung-

| | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch | |
| Abfallfraktionen (ggf. anpassen) | | | |
| Restmüll | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| Verpackung (Gelber Sack o.ä.) | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| Papier | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| Bioabfall | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| Speisereste | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| | Standort Sammelbehälter | Volumen | Leerungszeit(en) |
| | Entsorgungsbetrieb | Kontakt | |
| Anmerkungen / Besonderheiten | | | |
| | | | |



Erkundungsbogen VEB 7 -Alarm – und Schließanlage-

| | | |
|---------------|------------------|-----------------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
|---------------|------------------|-----------------------|

Schließanlage / ausgehändigte Schlüssel (ggf. Schließplan beifügen)

| Art | Bezeichnung | Anzahl | Anmerkung |
|-----|-------------|--------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Alarmsystem

| | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| Raum / Standort Steuerung | Aufschaltung Sicherheitsdienst? | Kontakt Sicherheitsdienst |
|----------------------------------|--|----------------------------------|

Gesicherte Bereiche

Verhalten bei Alarm / Mißbrauch

Wach- / Sicherheitsdienst

| | |
|-------------------|----------------|
| Name Firma | Kontakt |
|-------------------|----------------|

Art der Absicherung (ständig Anwesend, Streifengänge etc.)

Anmerkungen / Besonderheiten



| Erkundungsbogen VEB 8 | | | |
|--|---------------------------------------|---|------------------------|
| -Brandmeldeanlage / Feuerlöscheinrichtungen- | | | |
| Objekt | | Anschrift | Erstellt durch |
| Zentrale Brandmeldeanlage | | | |
| Standort Brandmeldezentrale | | Aufschaltung bei Feuerwehr / Leitstelle? | |
| Auslösung durch <input type="checkbox"/> Rauchmelder <input type="checkbox"/> Handtaster <input type="checkbox"/> sonstiges: | | | |
| Verhalten bei Missbrauch / Fehlalarm | | | |
| Abschalten Alarm / Zurücksetzen Brandmeldeanlage durch: | | | |
| Dezentrale Rauchmelder (ohne Brandmeldeanlage) | | | |
| Funkverbindung zwischen den Rauchmeldern? | | Stromversorgung der Melder (Batterie?) | |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort | Raum / Standort |
| Feuerlöscher / Hydranten | | | |
| Anzahl Feuerlöscher? | Standorte (ggf. Plan beifügen) | | |
| Wandhydranten? | Standorte (ggf. Plan beifügen) | | |
| Außenhydranten? | Standorte (ggf. Plan beifügen) | | |
| Sprinkleranlage | | | |
| Versorgte Bereiche | | | |
| Sprinkleranlage trocken / nass | | Einspeiseleitung | |
| Verhalten bei Missbrauch | | | |
| Brandschutzbeauftragter | | | |
| Name | | Kontakt | |
| Anmerkungen / Besonderheiten | | | |
| | | | |



Erkundungsbogen VEB 9 -Telefonanlage-

| | | |
|--------|-----------|----------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
|--------|-----------|----------------|

Telefonanlage

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------|
| Raum / Standort Telefonanlage | Telefonanbieter | |
| Name Wartungsfirma | Kontakt | Anmerkung |
| Telefonnummer Zentrale | Freischaltung Amtsleitung | Anmerkungen |

Haupt- / Nebenanschlüsse

| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
|-------------|------|-----------------------|-----------|
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |
| Bezeichnung | Raum | Rufnummer / Durchwahl | Anmerkung |

Anmerkungen / Besonderheiten

| |
|--|
| |
|--|



| Erkundungsbogen VEB 10 -Besondere Einrichtungen- | | |
|---|-----------|----------------|
| Objekt | Anschrift | Erstellt durch |
| Bezeichnung: _____ | | |
| Raum / Standort | | |
| Besondere Hinweise | | |
| Verhalten bei Störungen: | | |
| Name Wartungsfirma | Kontakt | Anmerkung |
| Bezeichnung: _____ | | |
| Raum / Standort | | |
| Besondere Hinweise | | |
| Verhalten bei Störungen: | | |
| Name Wartungsfirma | Kontakt | Anmerkung |
| Bezeichnung: _____ | | |
| Raum / Standort | | |
| Besondere Hinweise | | |
| Verhalten bei Störungen: | | |
| Name Wartungsfirma | Kontakt | Anmerkung |



Inventarverzeichnis

| | | | |
|--|------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Inventarverzeichnis | | | |
| Objekt / Gebäudeteil | Stockwerk | Raumnummer | Stand (Datum) |
| | | | |
| Nr. | Anzahl | Bezeichnung | Bemerkung / Änderung (+ Datum) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Übergabe am | durch | an | Unterschrift (Übernehmender) |
| | | | |
| Rückgabe am | durch | an | Unterschrift (Rücknehmender) |
| | | | |
| Anmerkungen (ggf. Rückseite benutzen) | | | |
| | | | |



Gesamtbelegungsplan

| | | |
|-----------------------------|------------------|----------------------|
| Objekt / Gebäudeteil | Stockwerk | Stand (Datum) |
|-----------------------------|------------------|----------------------|

| | | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |
| Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: | Raum Nr: |
| Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart | Belegungsart |
| Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll | Anzahl soll |
| Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist | Anzahl ist |

| | |
|---|--|
| Mögliche Gesamtanzahl <u>Aufenthalt / Sitzen</u> | Mögliche Gesamtanzahl <u>Ruhen / Liegen</u> |
| Anmerkungen (ggf. Rückseite benutzen) | |

Wenn möglich: unterschiedliche Farben für Raumnummer, Soll- und Ist-Belegung verwenden!



| Notwendige Räumlichkeiten | | | |
|----------------------------------|--|------------------------|----------------------|
| | Räumlichkeiten | Betreuungsplatz | Notunterkunft |
| 1 | Aufenthalts- und /oder Speiseraum | X | X |
| 2 | Aufenthaltsraum / Unterkunft für Helfer | X | X |
| 3 | Ausgabe für Bedarfsgegenstände | X | X |
| 4 | Ausgabe für Kleidung | X | X |
| 5 | Ausgabe für Verpflegung | X | X |
| 6 | Bastel-Werkstatt | | X |
| 7 | Bügel-, Nähstube | | X |
| 8 | Gepäckraum | | X |
| 9 | KAB / AAB | Wenn nötig | Wenn nötig |
| 10 | Kinderhort | | X |
| 11 | Kinderspielbereich | X | X |
| 12 | Kranken-/Quarantänezimmer | | X |
| 13 | Küchenbereich / Feldküche | X | X |
| 14 | Lagerräume für DRK Material | | X |
| 15 | Pforte | X | X |
| 16 | Raum für persönliche Gespräche | | X |
| 17 | Registrierung, Aufnahme | X | X |
| 18 | Sanitärräume | X | X |
| 19 | Sanitärräume für Verpflegungshelfer | X | X |
| 20 | Sanitätsraum | | X |
| 21 | Tierunterkunft | X | X |
| 22 | Unfallhilfsstelle | X | |
| 23 | Unterkunft für Verpflegungshelfer | X | X |
| 24 | Unterkunftsleitung | X | X |
| 25 | Unterkunftsräume für Behinderte | | X |
| 26 | Unterkunftsräume für Betroffene | X | X |
| 27 | Unterkunftsräume für Betroffene mit Säuglingen | | X |
| 28 | Unterkunftsräume für Familien | | X |
| 29 | Unterkunftsräume für Senioren | | X |
| 30 | Unterkunftsräume nach Geschlechtern | | X |
| 31 | Verwaltung | | X |
| 32 | Waschküche | | X |
| 33 | Wickel- und Stillraum | | X |
| 34 | | | |



Raum-Belegungsnachweis

| Objekt / Gebäudeteil | Stockwerk | Raumnummer | Stand (Datum) |
|----------------------|-----------|------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Zentralplan der Unterkunft

| | |
|----------------------|---------------|
| Objekt / Gebäudeteil | Stand (Datum) |
|----------------------|---------------|

| Etage. | Zimmer Nr. | Belegungsstärke | | davon | | | Bemerkung / Besonderheiten |
|--------|---------------|-----------------|-----|-------|---|------|-------------------------------|
| | | Soll | Ist | M | W | Kind | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| Gesamtbelegung: | | | | | | |
| Name | Unterschrift | | | | | |



Merkblatt für Tierhalter

Sehr geehrte Tierhalterin, sehr geehrter Tierhalter,

Sie haben Aufnahme gefunden in der Unterkunft _____.
Auch Ihr Tier haben wir mit aufgenommen.

Um eine einheitliche Regelung für alle Bewohner zu schaffen, bitten wir um Einhaltung folgender Punkte:

1. Das Tier darf auf keinen Fall in die Unterkunft mitgenommen werden. Gründe hierfür: Einschleppung von Unrat, Krankheiten, Verbreitung von Allergien, Angst bei anderen Betroffenen/Bewohnern.
2. Das Tier hat in dem ihm zugewiesenen Käfig untergebracht zu werden.
3. Der Käfig ist sowohl
 - mit dem Namen des Tieres als auch
 - mit Ihrem Namen und Ihrer Zimmernummer zu versehen.
4. Dass Sie ein Tier mitführen, ist auf Ihrer Ausweis- und Bezugskarte zu vermerken.
5. Selbstverständlich können Sie Ihr Tier in den Öffnungszeiten der Notunterkunft besuchen. Wir müssen Sie auch bitten, Ihrem Tier die notwendige Bewegung zu verschaffen.
6. Reinigung des Käfigs bitten wir selbst vorzunehmen. Entsprechendes Material finden Sie am Eingang der Tierunterkunft.
7. Fütterung und Pflege des Tieres ist von Ihnen durchzuführen, da Sie am besten wissen, wie Ihr Tier zu pflegen und zu füttern ist.
8. Wir bitten Sie jedoch darum, Ihr Tier mit den von uns beschafften Futtermittel zu versorgen.
9. Bei der geringsten gesundheitlichen Veränderung Ihres Tieres erfragen Sie Name und Anschrift eines Tierarztes an der Pforte. Bitte führen Sie Ihr Tier dem Arzt vor, um Epidemie artige Erkrankungen zu vermeiden.
10. Sie haften selbst für Ihr Tier.

Wir bitten um strikte Einhaltung, da wir sonst Ihr Tier vorübergehend in ein Tierheim oder anderweitige Obhut geben müssen.

Wir bitten um Ihr Verständnis und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Ihre Unterkunftsleitung des Deutschen Roten Kreuz



Hausordnung

Sehr geehrte Bewohnerin, sehr geehrter Bewohner,

der Aufenthalt in einer provisorischen Gemeinschaftsunterkunft auf engstem Raum erfordert von allen Bewohnern ein hohes Maß an gegenseitiger Rücksichtnahme und Disziplin. Um einen geordneten Aufenthalt in der Einrichtung sicherzustellen, bitten wir um Verständnis, dass wir bitten müssen, die nachfolgenden Regeln zu beachten und einzuhalten.

1. Aus Gründen des Brandschutzes herrscht in allen Räumen der Einrichtung ein striktes Rauchverbot. Auch der Umgang mit offenem Feuer, Kerzen und leichtentzündlichen Gegenständen ist untersagt.

Es dürfen keinerlei elektrische Heizgeräte (z.B. Tauchsieder, Heizgeräte, elektrische Herdplatten, Heizdecken, Heizkissen, usw.) betrieben werden.

Bei Verstößen gegen diese Regeln sind wir leider gehalten, Strafanzeige bei der Polizei zu erstatten und die Geräte einzuziehen.

2. **Verhalten bei Ausbruch eines Brandes:**

- ✓ Ruhe bewahren
- ✓ Mitbewohner verständigen
- ✓ Das Gebäude ruhig und auf dem kürzesten Weg verlassen
- ✓ Sammeln Sie sich bitte im Bereich

-
- ✓ Rot-Kreuz Helfer alarmieren

3. **Bei Feuer, Erkrankungen, Verletzungen und sonstigen** Notfällen ist sofort ein Rot-Kreuz Helfer zu verständigen. Diese sind ganztags an der Pforte zu erreichen. Der Rot-Kreuz Helfer leitet die erforderlichen Hilfs- und Rettungsmaßnahmen ein.

4. Die Ausgabe des Essens und die Einnahme der Mahlzeiten findet ausschließlich im Speisesaal der Einrichtung statt. Die Essenszeiten werden durch Aushang bekannt gemacht. Aus Gründen der Hygiene bitten wir auf die Einnahme von Mahlzeiten im Unterkunftsbereich zu verzichten.

5. In der Unterkunft bitten wir die Bewohner, sich so zu verhalten, dass die
 - ✓ Mitbewohner nicht gestört oder belästigt werden.
 - ✓ Besuch kann nur bis 20.00 Uhr empfangen werden.
 - ✓ Zum Schutz der Kinder und der ruhebedürftigen Mitbewohner bitten wir, die Nachtruhe einzuhalten. Diese beginnt um 24.00 Uhr und endet um 6.00 Uhr.
 - ✓ Alle Bewohner müssen sich daher ab 24.00 Uhr in den Schlafräumen aufhalten.

6. Zur Erhaltung der Sauberkeit wird gemeinsam mit Ihnen ein Reinigungsdienst unter Beteiligung aller Bewohner zur Reinigung der Unterkünfte, der sanitären Einrichtungen, der Treppenhäuser und Verkehrswege sowie des Speisesaals eingerichtet.
Der Reinigungsdienst lüftet auch die Unterkünfte.
Ein Reinigungsplan wird durch Aushang bekannt gegeben.
7. Die Reinigung des Geschirrs erfolgt durch jeden Bewohner selbst. Hierzu werden geeignete Geschirrspülwannen ausgegeben.
8. Die Unterkünfte und die darin befindlichen Einrichtungen sind pfleglich zu behandeln. Wir bitten insbesondere auf das Einschlagen von Nägeln und Haken in Decken und Wände, das Beschriften der Wände und das Anbringen von Bildern an den Wänden zu verzichten.
Beschädigungen bitten wir der Unterkunftsleitung sofort zu melden.
9. Im Bereich des Einganges ist ein „Informationspunkt“ eingerichtet. Dort werden wir Ihnen wichtige Informationen als Aushang zur Kenntnis bringen.

Wir bitten um Ihr Verständnis und danken Ihnen für die Mitarbeit.

Ihre Unterkunftsleitung des Deutschen Roten Kreuz

Anlage 3: Reinigungs- und Desinfektionsplan für Gemeinschaftsunterkünfte (Flüchtlinge, Asylbewerber, Spätaussiedler und Obdachlose) – Muster

| Was? | Reinigung (R) Desinfektion (D) | Wann? | Wie? | Womit? | Wer? |
|--|--|--|---|---|--|
| Hände waschen | R | <ul style="list-style-type: none"> – zum Arbeitsbeginn – vor dem Essen – vor und nach Umgang mit Lebensmitteln – nach Toilettenbenutzung – nach Umgang mit Abfällen und Schmutzwäsche – nach Tierkontakt – bei Verschmutzung | <ul style="list-style-type: none"> – Seife auf die feuchte Haut aufbringen – Hände gründlich waschen (mind. 20 Sekunden) – mit Handtuch trocknen | <ul style="list-style-type: none"> – Flüssigseife aus Spender oder personenbezogene Stückseife – Einmalhandtücher oder personenbezogenes Handtuch | Bewohner/ Personal |
| Händedesinfektion | D | <ul style="list-style-type: none"> – vor Wundversorgung – nach Kontakt mit erkrankten Personen – nach Verunreinigung mit Blut- und Körperausscheidungen – nach Ablegen der Schutzhandschuhe – nach Reinigungsarbeiten im Sanitärbereich – vor Speisenzubereitung und Speisenverteilung – nach Arbeiten mit Geflügel, rohem Fleisch und anderen kritischen Lebensmitteln | <ul style="list-style-type: none"> – ausreichende Menge (i.d.R. 3-5 ml) auf der trockenen Haut gut verreiben – Einwirkzeit von i.d.R. 30 Sekunden (Herstellangaben beachten) einhalten – bei sichtbarer Verschmutzung diese vorher mit Zellstoff beseitigen | <ul style="list-style-type: none"> – Händedesinfektionsmittel (ggf. Kitteltaschenflaschen) | Personal |
| Räume lüften | R | <ul style="list-style-type: none"> – mehrmals täglich | <ul style="list-style-type: none"> – Stoß- oder Querlüftung | <ul style="list-style-type: none"> – Fenster ganz öffnen | Bewohner |
| Fußböden in den Bewohnerzimmern | R | <ul style="list-style-type: none"> – mind. wöchentlich – nach Verunreinigung sofort | <ul style="list-style-type: none"> – feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> – Lappen, Eimer, Reinigungsmittel, Schrubber oder Mopp | Bewohner |
| <ul style="list-style-type: none"> – textile Beläge – Grundreinigung | <ul style="list-style-type: none"> R R | <ul style="list-style-type: none"> – mind. wöchentlich – mind. jährlich | <ul style="list-style-type: none"> – Staub saugen – Grundreinigung | <ul style="list-style-type: none"> – Staubsauger – Grundreinigung | Bewohner Personal/ Reinigungsfirma |
| Fußböden in Gemeinschaftsräumen | R R/D | <ul style="list-style-type: none"> – täglich – nach Verunreinigung sofort | <ul style="list-style-type: none"> – feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> – Lappen, Eimer, Reinigungsmittel (ggf. Flächendesinfektionsmittel), | Personal |

| Was? | Reinigung (R) Desinfektion (D) | Wann? | Wie? | Womit? | Wer? |
|--|-----------------------------------|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - textile Beläge - Grundreinigung | R R | <ul style="list-style-type: none"> - mind. wöchentlich - mind. jährlich | <ul style="list-style-type: none"> - Staub saugen - Grundreinigung | <ul style="list-style-type: none"> Schrubber oder Mopp - Staubsauger - Grundreinigung | Personal Personal/ Reinigungsfirma |
| Möbel, Ausstattungsgegenstände (gemeinschaftlich genutzte Räume) | R R/D | <ul style="list-style-type: none"> - wöchentlich - nach Verunreinigung sofort | <ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> - Lappen, Schüssel/Eimer, Reinigungsmittel (ggf. Flächendesinfektionsmittel) | Bewohner, ggf. Personal |
| Handtücher und Waschlappen | R | <ul style="list-style-type: none"> - wöchentlich - nach Verunreinigung sofort | <ul style="list-style-type: none"> - mindestens 60°C-Programm oder desinfizierendes Waschverfahren | <ul style="list-style-type: none"> - Waschmaschine | Bewohner, ggf. Personal |
| Bettwäsche | R | <ul style="list-style-type: none"> - spätestens alle 3 Wochen - nach Verunreinigung sofort | <ul style="list-style-type: none"> - mindestens 60°C-Programm oder desinfizierendes Waschverfahren | <ul style="list-style-type: none"> - Waschmaschine | Bewohner, ggf. Personal |
| Reinigungs- und Putzlappen | R | <ul style="list-style-type: none"> - mindestens 2x wöchentlich | <ul style="list-style-type: none"> - 90°C-Programm oder desinfizierendes Waschverfahren - trocken lagern | <ul style="list-style-type: none"> - Waschmaschine | Bewohner, ggf. Personal |
| Abfallbehälter | R | <ul style="list-style-type: none"> - täglich | <ul style="list-style-type: none"> - leeren - ggf. feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> - Haushaltsreiniger | Bewohner, ggf. Personal |
| Aschenbecher | R | <ul style="list-style-type: none"> - täglich | <ul style="list-style-type: none"> - leeren - ausbürsten/feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> - Bürste/Lappen | Personal, ggf. Bewohner |
| WC-Sitzflächen, WC-Zieh- und Druckhebel, Urinale, Armaturen, Waschbecken | R | <ul style="list-style-type: none"> - täglich (bei hoher Nutzung auch mehrmals täglich) | <ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> - geeignetes Reinigungsmittel | Bewohner, ggf. Personal |
| | D | <ul style="list-style-type: none"> - nach Verunreinigung und bei Infektionserkrankungen sofort | <ul style="list-style-type: none"> - Wischdesinfektion (für kleine Flächen auch Sprühverfahren mit anschließendem Wischen) | <ul style="list-style-type: none"> - Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel/Eimer, Lappen, Handschuhe) | Personal, ggf. Bewohner |
| barfuß begangene Flächen von Gemeinschaftsduschen | D | <ul style="list-style-type: none"> - täglich - nach Verunreinigung und bei Infektionserkrankungen sofort | <ul style="list-style-type: none"> - Wischdesinfektion | <ul style="list-style-type: none"> - Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel/Eimer, Lappen, Handschuhe) | Personal, ggf. Bewohner |
| gemeinschaftlich genutzte Badewanne, | R | <ul style="list-style-type: none"> - nach jeder Benutzung | <ul style="list-style-type: none"> - feucht wischen | <ul style="list-style-type: none"> - geeignetes Reinigungsmittel | Bewohner |

| Was? | Reinigung (R) Desinfektion (D) | Wann? | Wie? | Womit? | Wer? |
|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Wickelauflagen | D | – nach Verunreinigung und bei Infektionserkrankungen sofort | – Wischdesinfektion | – Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel/Eimer, Lappen, Handschuhe) | Personal, ggf. Bewohner |
| Wandfliesen von Gemeinschaftsduschen und -WCs | R | – wöchentlich | – feucht wischen | – geeignetes Reinigungsmittel | Bewohner, ggf. Personal |
| | D | – nach Verunreinigung sofort | – Wischdesinfektion | – Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel/Eimer, Lappen, Handschuhe) | Personal, ggf. Bewohner |
| Einzelpersonen oder Familien zugeordnete WCs, Duschen oder Badewanne | R | – mind. wöchentlich | – feucht wischen | – geeignetes Reinigungsmittel | Bewohner |
| | D | – nach Verunreinigung – Schlussdesinfektion vor Neubelegung | – Wischdesinfektion | – Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel, Eimer, Lappen, Handschuhe) | Personal |
| Siebe am Auslauf der Trinkwasserzapfstelle | R | – monatlich | – abschrauben – reinigen | – Bürste, Reinigungsmittel | Personal/ ggf. Bewohner |
| gemeinschaftlich genutzte Kochstellen, Geräte und Flächen | R | – nach Benutzung | – feucht wischen, gründlich säubern | – Reinigungsmittel, Lappen/Bürste | Bewohner/ ggf. Personal |
| Arbeitsflächen und Küchengeräte nach Verarbeitung kritischer Lebensmittel (z. B. Rohei, gefrorenes Geflügel) | D | – sofort nach Arbeitsende | – Wischdesinfektion | – für Küchen zugelassenes Flächendesinfektionsmittel (Dosierhilfe, Schüssel, Lappen, Handschuhe) | Personal/ ggf. Bewohner |
| Fußboden der Gemeinschaftsküche | R | – täglich – nach Verunreinigung sofort | – feucht wischen | – Lappen, Eimer, Reinigungsmittel, Schrubber oder Mopp | Personal/ ggf. Bewohner |

Grundsätzlich sollen VAH-gelistete, im Küchenbereich DVG-gelistete Desinfektionsmittel eingesetzt werden (in der dort jeweils angegebenen Konzentration und Einwirkzeit).

Alle Desinfektionsmaßnahmen sind von unterwiesenem Personal, ggf. unterwiesenen Bewohnern auszuführen.

Einsatztagebuch

Art des Einsatzes
 SEG-Einsatz Bereitstellungseinsatz Sanitätswachdienst _____

Einsatzanlass
Einsatzort / Einsatzabschnitt
Einsatzdatum
Einsatzbeginn / Schichtbeginn
Einsatzende / Schichtende
Name der Führungskraft
Funktion
 EL OrgL ZF / UAL GF

Name des Protokollführers
Beginn des Protokolls

Kommunikation Führungskräfte

| Funktion / Name | Funk | Telefon |
|-----------------|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Stärke

| | Anzahl | | Anzahl | | Anzahl |
|---------------------|--------|---------------------|--------|---------------------|---------------------|
| (z.B. RTW / KTW) | | (z.B. NEF / RTH) | | (z.B. GW) | (z.B. MTW) |
| Funkrufnamen | | Funkrufnamen | | Funkrufnamen | Funkrufnamen |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Allgemeine Lage bei Einsatz-/Schichtbeginn (bei bestehendem Einsatzbefehl ggf. Abweichungen, Einsatzbefehl in Anlage)

Anzahl Patienten / Betroffene (beim Eintreffen / Einsatzbeginn)

SK I

SK II

SK III

SK IV

EX

B

Auftrag (bei bestehendem Einsatzbefehl ggf. Abweichungen, Einsatzbefehl in Anlage)

Durchführung (bei bestehendem Einsatzbefehl ggf. Abweichungen, Einsatzbefehl in Anlage)

Versorgung (bei bestehendem Einsatzbefehl ggf. Abweichungen, Einsatzbefehl in Anlage)

Führung und Kommunikation (bei bestehendem Einsatzbefehl ggf. Abweichungen, Einsatzbefehl in Anlage)

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |
| Lfd. Nr. | Uhrzeit | Darstellung / Maßnahme / Überlegung | Anlage |
| <input type="checkbox"/> Lage | <input type="checkbox"/> Befehl | | Vollzug <input type="checkbox"/> |


| Patienten / Betroffene bei Einsatz-/ Schichtende | | | | | | |
|---|--------|-------------------------------------|---|------------|--------|--------|
| Anzahl Patienten / Betroffene (beim Eintreffen / Einsatzbeginn) | | | | | | |
| SK I | SK II | SK III | SK IV | EX | B | |
| Anzahl Transporte / Übergabe an RD | | | (Eine detaillierte Auflistung der Hilfeleistungen / Patientenübersicht ist als Anlage beizufügen) | | | |
| Verteilung Patienten / Betroffene | | | | | | |
| Ziel KH / Sammelplatz / Unterkunft | SK I | SK II | SK III | Betroffene | GESAMT | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Gesamtstärke | | | | | | |
| EK | Anzahl | | Anzahl | | Anzahl | Anzahl |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Besondere Vorkommnisse | | | | | | |
| Unfälle, Beschädigtes Material, Probleme im Einsatzablauf (ggf. ausführliche Darstellung im Anhang) | | | | | | |
| | | | | | | |
| Abschluss | | | | | | |
| Einsatzbereitschaft wiederhergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wenn nein, erforderliche Maßnahmen: | | | | |
| Einsatznachbesprechung vorgesehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Datum / Uhrzeit | | | | |
| Psychosoziale Nachsorge erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Eingeleitete Maßnahmen | | | | |

Datum, Uhrzeit

Unterschrift Protokollführer

Unterschrift Führungskraft



| BESUCHERAUSWEIS | | BESUCHERAUSWEIS | |
|-------------------|---|-------------------|---|
| Name | Vorname | Name | Vorname |
| Gültig von | Gültig bis | Gültig von | Gültig bis |
| Zweck des Besuchs | | Zweck des Besuchs | |
| Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz | Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz |
| BESUCHERAUSWEIS | | BESUCHERAUSWEIS | |
| Name | Vorname | Name | Vorname |
| Gültig von | Gültig bis | Gültig von | Gültig bis |
| Zweck des Besuchs | | Zweck des Besuchs | |
| Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz | Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz |
| BESUCHERAUSWEIS | | BESUCHERAUSWEIS | |
| Name | Vorname | Name | Vorname |
| Gültig von | Gültig bis | Gültig von | Gültig bis |
| Zweck des Besuchs | | Zweck des Besuchs | |
| Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz | Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz |
| BESUCHERAUSWEIS | | BESUCHERAUSWEIS | |
| Name | Vorname | Name | Vorname |
| Gültig von | Gültig bis | Gültig von | Gültig bis |
| Zweck des Besuchs | | Zweck des Besuchs | |
| Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz | Ausweis-Nr. | Stempel / Unterschrift  Deutsches Rotes Kreuz |

| Übersicht Besucher | | | | | | | |
|------------------------------|------|---------|--------------------|------------|-------------------|-----------------------------------|----------------|
| Betreuungsplatz / Unterkunft | | | Ausgabestelle | | Datum | Verantwortlich für Ausgabe (Name) | |
| Ausweis Nr. | Name | Vorname | Datum / Gültig von | Gültig bis | Zweck des Besuchs | Unterschrift Besucher | Ausweis zurück |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



| Empfangsbeleg | | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Unterkunft / Betreuungsplatz | | Lager / Ort der Verwahrung | |
| Eigentümer (Name, Vorname) | | Raumnummer | |
| | | | |
| Nr. | Anzahl | Bezeichnung | Bemerkung |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Übernahme am | an (Helfer) | Unterschrift (Helfer) | Unterschrift (Eigentümer) |
| Rückgabe am | Durch (Helfer) | Unterschrift (Helfer) | Unterschrift (Eigentümer) |
| Anmerkungen (ggf. Rückseite benutzen) | | | |
| | | | |



Kassenbuch

| Unterkunft / Betreuungsplatz | | ggf- Ort / Bezeichnung der Kasse | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|----------|------------------|
| Name des Kassenführers | | Datum / Uhrzeit Beginn des Kassenbuch | | |
| Beleg Nr. | Grund der Ausgabe / Einnahme | Ausgabe | Einnahme | Kassen- stand |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Kassen-Endstand: | | | | |
| Datum / Uhrzeit Ende des Kassenbuchs | | Unterschrift Kassenführer | | |
| Datum / Uhrzeit Kassenprüfung | | Unterschrift Prüfer | | |



Quittung / Ausgabe-/ Einnahmebeleg

| | | | | |
|--|---|--|--|----------------------|
| netto | € | cent | | Quittung Nr.: |
| + _____ % MwSt | € | cent | | |
| Gesamt | € | cent | | |
| Gesamtbetrag in € in Worten | | Cent wie oben | | |
| Im Gesamtbetrag sind _____ % Mehrwertsteuer enthalten | | | | |
| von | | | | |
| für | | | | |
| richtig erhalten zu haben. | | | | |
| Ort, Datum | | Stempel / Unterschrift des Empfängers | | |
| Buchungsvermerk | | | | |

BESTELLUNG / MATERIALANFORDERUNG

Lieferant / Empfänger
Bestellung durch / Lieferadresse

| Anzahl | Einheit | Artikel | Preis | Gesamt |
|--------|---------|---------|-------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Besteller / Ansprechpartner | Telefon / Mail | Unterschrift |
| Freigabe durch | Funktion | Unterschrift |

LIEFERSCHEIN

Empfänger
Angeliefert durch

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

| Pos. Nr | Anzahl | Einheit | Artikel | Bemerkung |
|------------|--------|---------|---------|-----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

Ort, Datum, Unterschrift Empfänger

Materialausgabe

| | | | | | |
|-----------------------|-------|----------------------|-------|-------------------------|-------------|
| Eigentümer / Besitzer | Lager | Ausgabe an (Einheit) | Datum | Ausgegeben durch (Name) | Ausgabe Nr. |
|-----------------------|-------|----------------------|-------|-------------------------|-------------|

| Pos. | Artikel / Bezeichnung | Anzahl | Rückgabe (Anzahl) | | | Bemerkung | Unterschrift Rücknahme |
|------|-----------------------|--------|-------------------|------------|---------|-----------|------------------------|
| | | | Ok | Beschädigt | Verlust | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Hiermit bestätige ich den Erhalt der oben genannten Artikel

| | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| Name (Empfänger) | Unterschrift (Empfänger) | Unterschrift (Ausgebender) |
|------------------|--------------------------|----------------------------|

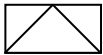
Dienstplan 24 h

| Datum: | 07:00-08:00 | 08:00-09:00 | 09:00-10:00 | 10:00-11:00 | 11:00-12:00 | 12:00-13:00 | 13:00-14:00 | 14:00-15:00 | 15:00-16:00 | 16:00-17:00 | 17:00-18:00 | 18:00-19:00 | 19:00-20:00 | 20:00-21:00 | 21:00-22:00 | 22:00-23:00 | 23:00-24:00 | 00:00-01:00 | 01:00-02:00 | 02:00-03:00 | 03:00-04:00 | 04:00-05:00 | 05:00-06:00 | 06:00-07:00 |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anmerkungen:

Meldevordruck / Gesprächsnotiz / Mitteilung

| | | | | |
|---|--------------------|---|--------------------|-------------------------|
| Art <input type="checkbox"/> EINGANG <input type="checkbox"/> AUSGANG <input type="checkbox"/> Notiz | | Dringlichkeit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> BLITZ | | |
| Absender / meldende Stelle | | Meldezeit (takt. Zeit) | | |
| Empfänger | | ggf. Anschrift / Tel / Fax Empfänger | | |
| Übermittlung per <input type="checkbox"/> Funk <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Melder <input type="checkbox"/> _____ | | | | |
| Nachricht | | | | |
| | | | | |
| Verfasser | | Handzeichen | | |
| Übermittlungsvermerk | | | | |
| Übermittlungszeit (takt. Zeit) | Handzeichen | Vermerke | | |
| | | | | |
| Sichter | | | | |
| Nachweisung Nr. <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A _____ | Zeit | Handzeichen | | |
| | | | | |
| Verteiler | | | | |
| <input type="checkbox"/> Original | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 1 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 2 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 3 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 4 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 5 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |
| <input type="checkbox"/> Kopie 6 | an | Erhalten (Zeit) | Handzeichen | Weiterleitung an |



Strichliste

Verwendung

Datum

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Gesamtanzahl

Bemerkung



| Transportübersicht | | | | |
|--------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|
| Transport von | Transport nach | Abfahrt (Datum / Uhrzeit) | Ankunft (Datum / Uhrzeit) | Transportmittel |

| Nr. | Name, Vorname | Geb.-dat. | Bemerkung (ggf. Anschrift, bes. Hilfsbed. etc.) | | | | | |
|-----|---------------|-----------|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |