



# Feuerwehrverband des Odenwaldkreises e.V. Atemschutzübungsanlage

Datum: \_\_\_\_\_

Feuerwehr: \_\_\_\_\_

Ich erkläre und bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Atemschutztauglichkeit derzeit nicht eingeschränkt ist (z.B. durch Erkältung, Allergie, Alkohol, Medikamente, Rauschmittel o.ä.) und ich mich derzeit gesundheitlich in der Lage fühle, an der Belastungsübung teilzunehmen.

Ich bestätige außerdem, dass ich an einem anerkannten Atemschutzgeräteträger-Lehrgang erfolgreich teilgenommen habe sowie im Besitz einer gültigen G 26.3 bin.

Ferner wurde ich belehrt dass die Ausbildung nur unter vollständiger persönlicher Schutzausrüstung (Flammschutzkleidung bestehend aus: Jacke, Hose, Handschuhe, Haube, Helm und Feuerwehrstiefel) durchgeführt wird. Ich befolge den Hinweisen und Aufforderungen meines verantwortlichen Vorgesetzten/Atemschutzverantwortlichen Übungsbetreuer und des Personals der Übungsanlage, welches ausschließlich für den technischen Betrieb der Anlage zuständig ist.

Name, Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Maske (Nr.)	Gerät (Nr.)	Flaschen- druck	Unterschrift	Trans- ponder*

\* wird vom Überwachungspersonal ausgefüllt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Übungsbetreuers der Feuerwehr

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Überwachungsperson / Anlagenbediener