

Objekt: _____ **Name:** _____

Eigentümer: _____ **Errichter-Firma:** _____

Anschrift: _____ **Telefon:** _____

E-Mail: _____

Allgemein	JA	NEIN
Betreiber hat Kenntnisnahme der Aufschaltbedingung der Stadt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMO-Repeater vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „JA“ bandselektiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanalselektiv / eingestellte Kanäle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netzunabhängige Funkversorgung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „JA“ DMO 1 A / Anzahl _____ / eingestellte Gruppen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMO 1 B / Anzahl _____ / eingestellte Gruppen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMO A / Netzkermer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschaltung über Brandmeldeanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschaltung über FGB (Feuerwehr Gebäudefunk Bedienfeld)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automatische Abschaltung bei Nichtnutzung / nach _____ Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USV-Anlage vorhanden / Überbrückungszeitraum _____ Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäudegrundriss mit Technikraum und Abstrahlnetzwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftbild oder Umgebungsskizze / Feuerwehrplan nach DIN 14095	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
messtechnischer Nachweis der Versorgungsgüte im Gebäude u. Feuerwehranfahrt		
TMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMO / TMO A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
technische Abnahme TÜV/DEKRA/Sachverständiger mit <u>Abnahmeprotokoll</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartungsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuerwehr in Funktion der Funkanlage eingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Funktionale Abnahme durch die Feuerwehr

Inhalt	Ja	NEIN
Stichprobeartige Überprüfung der vorgelegten Messergebnisse in den Untergeschossen, Obergeschossen und im Erdgeschoss durchgeführt (siehe entsprechenden Anhang) TMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMO / TMO-A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stichprobeartige Überprüfung der vorgelegten Messergebnisse in den Untergeschossen, Obergeschossen und im Erdgeschoss bei offener Schleife durchgeführt (siehe entsprechenden Anhang) TMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMO / TMO-A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stichprobeartige Überprüfung der vorgelegten Messergebnisse im Außenbereich (Feuerwehranfahrtsbereich, Gebäudeeingänge) durchgeführt (siehe entsprechenden Anhang) TMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DMO / TMO-A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsprüfung FGB einschalten	DMO/TMO-A	<input type="checkbox"/>
Funktionsprüfung FGB ausschalten	DMO/TMO-A	<input type="checkbox"/>
Funktionsprüfung BMZ einschalten	DMO/TMO-A	<input type="checkbox"/>
Funktionsprüfung BMZ ausschalten	DMO/TMO-A	<input type="checkbox"/>
Funktionsprüfung USV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testanruf bei der 24/7 besetzten Stelle durchgeführt 24/7- Stelle _____ E-Mail _____ Telefon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsbuch / Behältnis DIN A 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartungs- und Instandhaltungsfirma Name: _____ E-Mail: _____ Telefon: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einbau folgender Schließungen:

Art	Anzahl	Ort	Nummer

Datum: _____

Prozedur der funktionalen Abnahme der Feuerwehr

Stichprobenartige Überprüfung des Nachweises der Versorgungsgüte und Überprüfung der gleichzeitigen Funktion aller Kommunikationswege im Innenbereich		
	i.O.	Nicht i.O.
Auswahl der Messpunkte - Vertikal		
„Unterstes“ Untergeschoss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Oberstes“ Untergeschoss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Erdgeschoss“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Mittleres“ Obergeschoss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Oberstes“ Obergeschoss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl der Messpunkte - Horizontal		
Innen liegender Treppenraum (Treppenabsatz vor Erreichen des jeweiligen Geschosses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vier „Eckpunkte“ pro Geschoss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereiche mit besonderem Gefahrenpotential (Brandlast, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung Normalbetrieb		
Messung mit HRT an neuralgischen Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung des Trägers der Anbinde-Basisstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung aller DMO-Gruppen bzw. 3 TMO-A –Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung im Störfall des Antennennetzwerkes		
Einseitiges Auftrennen des Antennennetzwerkes am Koppelfeld (offene Schleife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung mit HRT an neuralgischen Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung einer TMO-Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung aller DMO-Gruppen, bzw. 3TMO-A-Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stichprobenartige Überprüfung des Nachweises der Versorgungsgüte und Überprüfung der gleichzeitigen Funktion aller Kommunikationswege im Außenbereich		
	i.O.	Nicht i.O.
Auswahl der Messpunkte		
Feuerwehranfahrtsbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türen und Zugänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außentreppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notausgänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung Normalbetrieb		
Messung mit HRT an neuralgischen Punkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung des Trägers der Anbinde-Basisstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegung aller DMO-Gruppen bzw. 3 TMO-A –Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____

Teilnehmer:

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Name	Firma / Behörde - Funktion
Telefon	E-Mail

Datum: _____

Bescheinigung:

Die Objektfunkanlage wurde am durch die Feuerwehr Warburg überprüft.

Die Objektfunkanlage ist mängelfrei (Mängel siehe Seite 6)	JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NEIN
Die Objektfunkanlage wurde am in Betrieb genommen	JA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NEIN

Datum, Unterschrift Feuerwehr

Datum, Unterschrift Brandschutzbehörde

Datum, Unterschrift Errichter

Datum, Unterschrift Betreiber

Folgende Einrichtungen erhalten eine Kopie des Inbetriebnahme-Protokolls:

- Betreiber
- Errichter
- Feuerwehr
- Brandschutzbehörde

Datum: _____

