**Objekt:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Objekt** | **Objekteigentümer** | **Errichter Firma** |
| **Name** |  |  |  |
| **Straße** |   |  |  |
| **Postleitzahl** |  |  |  |
| **Ort** |  |  |  |
| **Telefon** |  |  |  |
| **E-Mail** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inhalt** | **JA** | **NEIN** |
| Betreiber hat Kenntnisnahme der Aufschaltbedingung des Landkreises | [ ]  | [ ]  |
| TMO Repeater vorhanden | [ ]  | [ ]  |
| Wenn „JA“ bandselektiv | [ ]  | [ ]  |
|  Kanalselektiv / eingestellte Kanäle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| Netzunabhängige Funkversorgung vorhanden | [ ]  | [ ]  |
| Wenn „JA“ DMO 1 A / Anzahl\_\_\_\_\_\_ / eingestellte Gruppen\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
|  DMO 1 B / Anzahl\_\_\_\_\_\_ / eingestellte Gruppen\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
|  TMO A / Netzkemmer \_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| Anschaltung über Brandmeldeanlage | [ ]  | [ ]  |
| Anschaltung über FGB (**F**euerwehr **G**ebäudefunk **B**edienfeld) | [ ]  | [ ]  |
| Automatische Abschaltung bei Nichtnutzung / nach \_\_\_\_\_Stunden | [ ]  | [ ]  |
| USV-Anlage vorhanden / Überbrückungszeitraum \_\_\_\_\_Stunden | [ ]  | [ ]  |
| Gebäudegrundriss mit Technikraum und Abstrahlnetzwerk | [ ]  | [ ]  |
| Luftbild oder Umgebungsskizze / Feuerwehrplan nach DIN 14095 | [ ]  | [ ]  |
| messtechnischer Nachweis der Versorgungsgüte im Gebäude u. Feuerwehranfahrt |  |  |
|  TMO | [ ]  | [ ]  |
|  DMO / TMO A | [ ]  | [ ]  |
| technische Abnahme TÜV/DEKRA/Sachverständiger mit Abnahmeprotokoll | [ ]  | [ ]  |
| Wartungsvertrag | [ ]  | [ ]  |
| Feuerwehr in Funktion der Funkanlage eingewiesen | [ ]  | [ ]  |
|  | [ ]  | [ ]  |
|  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **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  | [ ]  | [ ]  |
|  DMO / TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Stichprobeartige Überprüfung der vorgelegten Messergebnisse in den Untergeschossen, Obergeschossen und im Erdgeschoss bei offener Schleife durchgeführt (siehe entsprechenden Anhang) TMO | [ ]  | [ ]  |
|  DMO / TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Stichprobeartige Überprüfung der vorgelegten Messergebnisse im Außenbereich (Feuerwehranfahrtsbereich, Gebäudeeingänge) durchgeführt (siehe entsprechenden Anhang) TMO | [ ]  | [ ]  |
|  DMO / TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Funktionsprüfung FGB einschalten DMO/TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Funktionsprüfung FGB ausschalten DMO/TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Funktionsprüfung BMZ einschalten DMO/TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Funktionsprüfung BMZ ausschalten DMO/TMO-A | [ ]  | [ ]  |
| Funktionsprüfung USV  | [ ]  | [ ]  |
| Testanruf bei der 24/7 besetzten Stelle durchgeführt.24/7- Stelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.E-Mai \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
| Betriebsbuch / Behältnis DIN A 5  | [ ]  | [ ]  |
| Wartungs- und Instandhaltungsfirma.Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Einbau folgender Schließungen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Art** | **Anzahl** | **Ort** | **Nummer** |
| Profilzylinder | 1 | FGB |  |

**Prozedur der funktionalen Abnahme der Feuerweh**r

|  |
| --- |
| **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 ……………………………….. „Oberstes“ Untergeschoss ……………………………….. „Erdgeschoss“ ………………………………. „Mittleres“ Obergeschoss ……………………………….. „Oberstes“ Obergeschoss ……………………………….. | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| **Auswahl der Messpunkte - Horizontal**  Innen liegender Treppenraum (Treppenabsatz vor Erreichen des  jeweiligen Geschosses) ……………………………………………………….. Vier „Eckpunkte“ pro Geschoss ……………………………………………. Bereiche mit besonderem Gefahrenpotential (Brandlast, usw.) ..…………. | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |
| **Überprüfung Normalbetrieb** Messung mit HRT an neuralgischen Punkten ………………………………. Belegung des Trägers der Anbinde-Basisstation ……………………………. Belegung aller DMO-Gruppen bzw. 3 TMO-A –Gruppen ………………….. | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |
| **Überprüfung im Störungsfall des Antennennetzwerkes**  Einseitiges Auftrennen des Antennennetzwerkes am Koppelfeld (offene  Schleife) …………………………………………………………………………. Messung mit HRT an neuralgischen Punkten ………………………………. Belegung einer TMO-Gruppe ………………………………………………….. Belegung aller DMO-Gruppen, bzw. 3TMO-A-Gruppen ……………………. | [ ] [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
| **Stichprobenartige Überprüfung des Nachweises der Versorgungsgüte und Überprüfung der gleichzeitigen Funktion aller Kommunikationswege im Außenbereich** |
|  | **i.O.** | **Nicht i.O.** |
| **Auswahl der Messpunkte**  Feuerwehranfahrtsbereiche …………………………………………………… Türen und Zugänge …………………………………………………………….. Außentreppen …………………………………………………………………... Notausgänge ……………………………………………………………………. | [ ] [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| **Überprüfung Normalbetrieb** Messung mit HRT an neuralgischen Punkten ……………………………….. Belegung des Trägers der Anbinde-Basisstation …………………………….. Belegung aller DMO-Gruppen bzw. 3 TMO-A –Gruppen …………………… | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |

**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  |

**Bescheinigung:**

Die Objektfunkanlage wurde am …………………………… durch die Feuerwehr…………………………überprüft.

|  |  |
| --- | --- |
| Die Objektfunkanlage ist mängelfrei (Mängel siehe Seite 6) | JA [ ]  [ ]  NEIN |
| Die Objektfunkanlage wurde am ……………………... in Betreib genommen  | JA [ ]  [ ]  NEIN |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Feuerwehr

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Brandschutzbehörde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Errichter

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Betreiber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_

Datum, Unterschrift ASDN

Folgende Einrichtungen erhalten eine Kopie des Inbetriebnahme-Protokolls:

* Betreiber
* Errichter
* ASDN
* Feuerwehr
* Brandschutzbehörde

**Mängel:**

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