

OBJEKTBSCHREIBUNG MRT

Zur Datenerhebung von Magnet-Resonanz-Tomographen (MRT) im Einsatzgebiet der Feuerwehr. Mit dem Betreiber gemeinsam erheben und abstimmen!

Feuerwehr (Feuerwehrnummer)

OBJEKTADRESSE (Postadresse):

Betreiber:

Bezirk:

Adresse:

EINSATZOBJEKT / ZUFAHRTADRESSE (FW Hauptzugang):

Name:

Bezirk:

Adresse:

NEUBAU

BESTAND

OBJEKTNUTZUNG:

Krankenhaus _____ Betten

Wohnhaus

Arztpraxis (medizinisches Zentrum)

BESONDERE HINWEISE:

OBJEKTBSCHREIBUNG:

Gebäude- klasse	Anzahl UG	Anzahl OG inkl. EG	höchstes Fluchtniveau (m)	Anzahl Stiegen	Anzahl Sicherheitsstiegen
			+/- 0 m		

BRANDSCHUTZTECHNISCHE BESCHREIBUNG:

J	N	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brandschutzplan <input type="checkbox"/> vidiert am:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brandmeldeanlage: <input type="checkbox"/> Vollschutz <input type="checkbox"/> Teilschutz <input type="checkbox"/> Brandabschnittsschutz <input type="checkbox"/> Betriebsanlagenschutz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Steigleitungen: <input type="checkbox"/> Nass <input type="checkbox"/> Trocken <input type="checkbox"/> Drucksteigerungsanlage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entrauchung: <input type="checkbox"/> Rauch- und Wärmeabzugsanlage <input type="checkbox"/> Brandrauchentlüftungsanlage <input type="checkbox"/> Brandrauchverdünnungsanlage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besondere Gefahren: <input type="checkbox"/> Gase (Helium) <input type="checkbox"/> Chemikalien <input type="checkbox"/> Sonstige Gefahren: _____
		MRT spezifisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistung des MRT: <input type="checkbox"/> 1,5Tesla <input type="checkbox"/> 3,0 Tesla <input type="checkbox"/> ___Tesla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,5 mTesla Kennzeichnung (Linie) angebracht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Technische Funktion (anhand Betreiberhandbuch bzw. Datenblatt MRT) durch Betreiber erklärt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl der antimagnetischen Feuerlöscher: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist das ständig aufrechte Magnetfeld außerhalb(!) des MRT-Untersuchungsraumes relevant wirkend?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situierung des Helium-Auslassrohrs (Quench-Rohr) gezeigt (auf Plan dargestellt)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Situierung des Schlüssels zu MRT-Untersuchungsraum außerhalb der Betriebszeiten bekannt und zugänglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voraussetzungen für Quench besprochen und abgestimmt (<i>empfohlen: schriftliche Vereinbarung</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direkter Ansprechpartner für MRT betreffende Rückfragen und Erreichbarkeiten (24/7): Name: _____ Mobilnummer: _____ Name: _____ Mobilnummer: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum:		Name Unterschrift Betreiber:	
Datum:		Name Unterschrift Feuerwehr:	