

Anlage 3

Checkliste für planende Stellen: Ausstattung für Notfalltreffpunkte (Anlage zu Teil II, Nummer 1.3)

Objektanforderungen

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
1	Notstromversorgung (Stationär)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2	Notstromversorgung (Stationär) Außeneinspeisung möglich Wer stellt diese bereit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3	Notstromversorgung (Mobil)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
3.1	Lademöglichkeit für Mobilfunkgeräte	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3.2	Möglichkeiten zur Erwärmung von Babynahrung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4.1	Kommunikation (Einsatzfunk) Funkverkehr mit Notrufzentralen (110 / 112 möglich) Digitalfunk <input type="checkbox"/> Analogfunk <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4.2	Kommunikation (Telefon) Festnetz <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
	Mobilfunk <input type="checkbox"/> WLAN <input type="checkbox"/> Weitere <input type="checkbox"/>					
4.3	Möglichkeiten zur Lagedarstellung und Informationsvermittlung Flip-Chart <input type="checkbox"/> Whiteboard <input type="checkbox"/> Metaplanwand <input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Monitor <input type="checkbox"/> Megafon <input type="checkbox"/> Lautsprecheranlage <input type="checkbox"/> Fernseher <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
5	Aufstellflächen für Einsatzfahrzeuge / Einsatzmittel <input type="radio"/> Ausreichend dimensioniert <input type="radio"/> Unmittelbare Objektnähe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6	Parkmöglichkeiten für Einsatzpersonal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7	Parkmöglichkeiten für anfahrende Bürger	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
8	Freifläche vor dem Objekt und ggf. Witterungsschutz (Stauraum)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9	Absperrmöglichkeiten / Kontrollierter Zugang / Personenlenkung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10	Beleuchtung Objektumfeld (Stauraum) Stationär <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
11	Barrierefreiheit für Menschen mit körperlichen Einschränkungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
12	Möblierung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
13	Toiletten / Waschgelegenheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
14	Heizgelegenheit (Wärme) Stationär <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
15	Energieversorgung Strom <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Kraftstoff <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle	Vermerke • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.)	Datum der • Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
16.1	Versorgung mit Trinkwasser	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16.2	Versorgung mit Verpflegung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16.2.1	Kochmöglichkeit Stationär <input type="checkbox"/> Mobil <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16.2.1	Spielzeug für Kinderbetreuung (soweit erforderlich)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
17	Erste-Hilfe-Material	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
18	Persönliche Schutzausstattung	Ja <input type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>

Lfd. Nr.	Maßnahmenliste	Vorhanden	Beauftragter <ul style="list-style-type: none"> • Name • Funktion • Verantwortliche Stelle 	Vermerke <ul style="list-style-type: none"> • (z. B. Ansprechpartner, wichtige Hinweise etc.) 	Datum der Beauftragung bzw. Erledigung	Erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>				