



# Begehung der Atemübungsstrecke bei der Berufsfeuerwehr Augsburg

## 1. Bestätigung Verantwortlicher

Ich bestätige, dass nachfolgende Atemschutzgeräteträger der

FF / WF \_\_\_\_\_ nach der G 26.3 ärztlich untersucht und als Atemschutzgeräteträger geeignet sind.

\_\_\_\_\_ Datum

- Unterschrift Kommandant
- Stellv. Kommandant oder
- Atemschutzbeauftragter

## 2. Bestätigung des Teilnehmers

Ich bin zum Zeitpunkt der Begehung der Atemschutzstrecke gesundheitlich nicht beeinträchtigt. Alle Angaben zu Person und Alter der Wahrheit entsprechen.

Name, Vorname	50 oder älter	Unterschrift	TP-NR Durchgang erfolgreich	
			Ja	nein
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Bestätigung durch BF Augsburg

\_\_\_\_\_ Datum der Begehung

\_\_\_\_\_ Ausbilder (Unterschrift)