

Brandschutz-Checkliste

Standort, Gebäude, Raumnummer, Raumbezeichnung, Fachbereich		Datum	
		Prüfer	
		Unterschrift	
Verantwortlicher		Az	

Checkliste	i.O.*	n.i.O.*	n.a.*	Beschreibung festgestellter Mängel
Manuelle Feuermelder (Taster) zugänglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Notruf-Telefone zugänglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kennzeichnung der Feuerlösch-einrichtungen ordnungsgemäss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kennzeichnung der Feuermelde-einrichtungen ordnungsgemäss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kennzeichnung der Fluchtwege ordnungsgemäss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wandhydranten gut zugänglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind alle Feuerlöscher vorhanden, die i. d. Bereich/Raum gehören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feuerlöscher gut zugänglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Feuerlöscher leicht aus der Halterung zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plomben an Feuerlöschern vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweise auf Rauchverbot vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird das Rauchverbot eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweise für das Verhalten im Brandfall vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterweisung für das Verhalten im Brandfall durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden regelmässig Räumungs-übungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kennzeichnungen der brennbaren Flüssigkeiten eindeutig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kennzeichnungen der vor-handenen Gase eindeutig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerung von Druckgasflaschen im Gasfl.-lager/Flaschenschrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagerung der brennbaren Flüssig-keiten im Lager/F 90-Schrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nur Tagesbedarf von brennbaren Flüssigkeiten am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rettungswege und/oder Notaus-gänge gut erkennbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rettungswege nicht verstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*i.O. = in Ordnung *n.i.O. = nicht in Ordnung *n.a. = nicht anwendbar				

Checkliste	i.O.*	n.i.O.*	n.a.*	Beschreibung festgestellter Mängel
Notausgänge von innen und/oder aussen nicht verstellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Notausgangstüren von innen leicht zu öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden in Treppenhäusern brennbare Gegenstände gelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden in Rettungswegen brennbare Gegenstände gelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden in Technikräumen brennbare Gegenstände gelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In Rettungswegen nur selbstlöschende Abfalleiner vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In Rettungswegen nur selbstlöschende Aschenbecher vorh.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keine privaten Heisswassergeräte und/oder Heizgeräte vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keine Kerzen an Arbeitsplätzen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keine brennbaren Dekorationen (z.B. Adventskränze) vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*i.O. = in Ordnung				*n.i.O. = nicht in Ordnung
				*n.a. = nicht anwendbar

Mängel zu beheben bis: _____
Datum

Nachbegehung notwendig: Ja Nein

Nachbegehung durchzuführen bis: _____
Datum

Nachbegehung durchgeführt am: _____ durch: _____
Datum Name des Prüfers

Alle festgestellten Mängel beseitigt: Ja Nein

Bemerkungen:

Rückseite