



Bestätigung zum Besuch der Belastungsübung nach Anlage 2, Abschnitt 2.1.2.2 der FwDV 7 in der Atemschutzübungsanlage des Landkreises Oder-Spree

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- * ich mich gesund und wohl fühle, akute Krankheiten / Erkrankungen nicht vorliegen,
- * eine Drogen- oder Tabletteneinnahme gegen jegliche Art von Schmerzen, Blutdrucksenkungen etc. in den letzten Stunden nicht vorgenommen wurde,
- * eine Schwangerschaft (bei Frauen) ausgeschlossen ist,
- * eine gültige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung nach dem Grundsatz G26.3 ohne den Besuch der Atemschutzübungsanlage ausschließender Einschränkungen vorliegt und
- * ich keinen Körperschmuck trage, der den Dichtsitz und die sichere Funktion des Atemanschlusses gefährdet oder beim An- und Ablegen des Atemanschlusses oder des Atemschutzgerätes zu Verletzungen führen kann und
- * ich die Informationen zum Datenschutz erhalten habe.

Träger des Brandschutzes:

Datum:

Feuerwehr	Name	Vorname	G 26.3 gültig bis	Alter	Unterschrift