

Interner Prüfbericht: Defibrillator
Monatliche Funktions- und Sichtprüfung:

Objekt: _____

Adresse: _____ **Standort:** _____

Jahr: _____ Die monatliche Prüfung muss vom Eigentümer/ Betreiber durchgeführt werden

1. Sicht- und Funktionsprüfung
2. Systembetriebsbereitschaft OK (Anzeige OK)
3. Weitere Prüfpunkte laut Herstellerangaben/ Bedienungsanleitung

Nr. des Defibrillators: _____ **Haltbarkeit der Batterie:** _____

Haltbarkeit der Elektroden 1: _____ **Haltbarkeit der Elektroden 2:** _____

Defi-Geräteverantwortlicher: _____ **Tel:** _____

Anzahl der Defibrillatoren: _____ **Stück**

Hinweis: Sollten Unregelmäßigkeiten auftreten oder der Defibrillator nicht funktionieren, informieren Sie aus Sicherheitsgründen umgehend die Fa. Stagneth Andreas Brandschutzservice, Tel. 08751-844890, www.AS-Brandschutz.de.

Monat	Ok	Nicht Ok, weil	Datum	Unterschrift
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Bemerkungen: