



Einsatzbericht **Brand** **Hilfeleistung** **ABC** **Wachbesetzung**
der Freiwilligen Feuerwehr Bamberg, Löschgruppe ____

Angaben jeweils **nur für die eigene Löschgruppe!! Rote Felder (mit *) sind Pflichtfelder für jeden Einsatz.**
Vollständiges Ausfüllen bei Einsätzen ohne Beteiligung der Ständigen Wache erforderlich. Erfassungsbogen archivieren!

Einsatz-Nr. (ILS):*	<u>4.1</u>	örtlich zuständig <input type="checkbox"/>	mit Sondersignal <input type="checkbox"/>
Einsatzdauer:*	von Datum: <u>.20</u> , Uhrzeit:	bis Datum: <u>.20</u> , Uhrzeit:	
Einsatzart Brand	<input type="checkbox"/> blinder Alarm (Irrtum d. Meldenden) <input type="checkbox"/> Kleinbrand (max. 1 C-Rohr) <input type="checkbox"/> Mittelbrand (max. 3 C-Rohre) <input type="checkbox"/> Großbrand (> 3 C-R., Sonder-R) <input type="checkbox"/> Feuer bei Eintreffen bereits gelöscht <input type="checkbox"/> BMA - blind. / techn. Alarm <input type="checkbox"/> BMA – Täusch.-alarm <input type="checkbox"/> Rauchwarnm. - blinder Alarm <input type="checkbox"/> Hausnotruf		
Einsatzart HL	<input type="checkbox"/> Unfall → mit <input type="checkbox"/> Straßenfzg. / Verkehrshindernis <input type="checkbox"/> Schienenfzg. <input type="checkbox"/> Luftfzg. <input type="checkbox"/> Wasserfzg <input type="checkbox"/> absturzgefährdete Person (Person droht zu springen) <input type="checkbox"/> Hochbauunfall, Einsturz / Einsturzgefahr von Gebäuden <input type="checkbox"/> Unfall m. Aufzügen, Fahrteppen, Maschinen, technischen Geräten <input type="checkbox"/> absturzgefährdete Teile <input type="checkbox"/> Tiefbau- / Silounfall <input type="checkbox"/> Wasser- / Eisunfall <input type="checkbox"/> Wasserschäden <input type="checkbox"/> Hochwasser, Überschwem. <input type="checkbox"/> Sturmschäden <input type="checkbox"/> vermisste Person <input type="checkbox"/> Raum-/Whg.öffnung <input type="checkbox"/> Verschließen Raum / Whg. <input type="checkbox"/> sonstige Hilfeleistung <input type="checkbox"/> Winterschäden <input type="checkbox"/> Unwetterschäden <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Pol <input type="checkbox"/> <i>Wachbesetzung → örtl. zust.!</i>		
Einsatzart ABC	<input type="checkbox"/> Gefahrstoff / Geruch unklar → <input type="checkbox"/> gasförmig <input type="checkbox"/> fest / flüssig <input type="checkbox"/> Gef.Stofffund → <input type="checkbox"/> klein <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> GMA – blind. / techn. Alarm <input type="checkbox"/> GMA – Täuschungsalarm <input type="checkbox"/> Gasaustritt <input type="checkbox"/> Explosion (ohne Brand) <input type="checkbox"/> Brand → mit <input type="checkbox"/> Atom <input type="checkbox"/> Bio <input type="checkbox"/> Chemie <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Mineralöl <input type="checkbox"/> Ölschaden → <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Gefahrstoffaustritt → <input type="checkbox"/> atomar <input type="checkbox"/> biolog. <input type="checkbox"/> chemisch <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> Verkehr – Unfall mit ABC-Gef.st.		
kein Einsatz erford.	<input type="checkbox"/> Einheit nicht ausgerückt <input type="checkbox"/> böswilliger Alarm <input type="checkbox"/> blinder Alarm <input type="checkbox"/> Einsatz nicht mehr erforderlich		
Name Einsatzleiter / Funktion: _____			
Berichtstext:* <small>(kurze, stichpunktartige Angabe der Maßnahmen der eigenen LG)</small>			
beteiligte LGen:*	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> LG1 <input type="checkbox"/> LG2 <input type="checkbox"/> LG3 <input type="checkbox"/> LG4 <input type="checkbox"/> LG5 <input type="checkbox"/> LG6 <input type="checkbox"/> LG7 <input type="checkbox"/> LG8 <input type="checkbox"/> LG9 <input type="checkbox"/> LG10		
Einsatzort:	Bamberg	Straße:	Hs.-Nr:
Wasserentnahme:*	<input type="checkbox"/> kein LöWa verwendet <input type="checkbox"/> Fz.-LöWa-Behälter: _____ Ltr. <input type="checkbox"/> LöWa-Brunnen, Teich: _____ Ltr. <input type="checkbox"/> Hydrant: _____ Ltr. <input type="checkbox"/> offenes Gewässer: _____ Ltr. <input type="checkbox"/> sonst. LöWa-Entnahme: _____ Ltr.		
Personenrettung:*	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> First Resp. – gerettet <input type="checkbox"/> FR – keine Rettung mgl. <input type="checkbox"/> gerettet <input type="checkbox"/> über Leitern gerettet <input type="checkbox"/> betreut / versorgt <input type="checkbox"/> medizinisch versorgt <input type="checkbox"/> tot geborgen <input type="checkbox"/> hilflos vorgefund. <input type="checkbox"/> tot vorgefund.		
Pers.-schäden FW*	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> verletzte FwDL <input type="checkbox"/> tödlich verunfallte FwDL <input type="checkbox"/> versorgte FwDL (PSNV-E)		
Brandobjekt & Brandumfang:			
Fahrzeuge:*	<input type="checkbox"/> LF <input type="checkbox"/> HLF <input type="checkbox"/> TLF <input type="checkbox"/> DLK <input type="checkbox"/> MZF <input type="checkbox"/> GW <input type="checkbox"/> Anhänger, sonst.:		
eingesetzte Geräte:* <small>(Anzahl eingesetzte Geräte angeben) (Kleingeräte wie Besen, Mulden, etc. sind nicht anzugeben!)</small>	<u> </u> C-Rohr <u> </u> B-Rohr / Wenderohr / Werfer <u> </u> Schaum-Rohr <u> </u> Kleinlöschgerät (FL, Kübelspr.) <u> </u> Pressluftatmer <u> </u> tragbare Leitern <u> </u> Be- & Entlüftungsgerät <u> </u> WBK <u> </u> TS / PFPN <u> </u> Spreizer, Schneidgerät <u> </u> Arbeitsgeräte (Motorsäge, Brennschneidgerät, etc.) <u> </u> Zugeräte <u> </u> Absturzsicherung <u> </u> Sperrwerkzeug <u> </u> Abrollbehälter: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: Art Menge angeben! <input type="checkbox"/> kein Gerät eingesetzt		
eingesetztes Material*	<input type="checkbox"/> kein Material eingesetzt		
eingesetzte Kräfte:* <small>(vorzeitig abrückende Kräfte berücksichtigen!)</small>	ehrenamtliche Feuerwehrdienstleistende:	Anzahl:	Dauer: Std. Min.
	ehrenamtliche Feuerwehrdienstleistende:	Anzahl:	Dauer: Std. Min.
	ehrenamtliche Feuerwehrdienstleistende:	Anzahl:	Dauer: Std. Min.
zusätzlich anwesende Stellen:	<input type="checkbox"/> SBR <input type="checkbox"/> SBI <input type="checkbox"/> RD <input type="checkbox"/> Pol <input type="checkbox"/> THW <input type="checkbox"/> Energieversorger <input type="checkbox"/> Wasserversorger <input type="checkbox"/> Gasversorger <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> OB / Bgm. <input type="checkbox"/> Sonstige:		

Datum, Unterschrift: _____.____.20____, _____