

054_CL_Wöchentlicher RTW Check 1-83-1

Geltungsbereich: Rettungsdienst RTW Rastatt**Verantwortlich: QMB**

Check mit Verfall? (Pflicht in letzter KW des Monats)	O
--	----------

Was?	X/O
Thermobox Funktion?	O
Tragetisch alle Funktionen?	O
Innenbeleuchtung, alle Lichter Funktion?	O
Nach Checkliste „RTW 1-83-1“ für Innerraum und Außenfächer	O
Nach Checkliste „Corpus3_EKG_Defibrillator“	O
Nach Checkliste „AccuvacRescue_Absaugpumpe“	O
Nach Checkliste „Medumat_Standard_Beatmungsgerät“	O
Nach Checkliste „MANV_Tasche_RTW“	O
Nach Checkliste „Notfallrucksäcke_Rot&Gelb“	O
Nach Checkliste „Notfallrucksack_Kinder“	O

Name:	
Datum:	KW:
Unterschrift:	

Bemerkungen:

