|  |  |
| --- | --- |
| **EB 4** | Einsatzbearbeitung Anmeldung Sanitäts-/Feuerwehrsicherheitswachdienst oder geplanter Einsatz |
| an ILS weiterleiten, [service@leitstelle-bayreuth.de](mailto:service@leitstelle-bayreuth.de), Fax 0921 / 79321-142 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anmeldung | | | | | | | | | | | | | | |
| **Feuerwehrsicherheitswache** | | | | | | | **Sanitätsdienst** | | | | | | **geplanter Einsatz** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Absender: | | | | | | | | | | | | | | |
| Organisation: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Anschrift: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Name: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Funktion: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Rückrufnummer: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Zeitraum: | von: |  | | |  | | | bis: |  | | | | |  |
|  | | *Datum* | | | *Uhrzeit* | | |  | *Datum* | | | | | *Uhrzeit* |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ort/Objektname: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Postanschrift: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Einsatzleitung/Ansprechpartner vor Ort: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Erreichbarkeit: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Funkrufname: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Abkömmlich:  *(z.B. für Erstversorgung, Folgeeinsätze, usw.)* | | | | | | ja | | | | | | nein | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Funkrufnamen der eingesetzten Fahrzeuge vor Ort:  ***mit Angabe: Status 1 (abkömmlich – einsatzklar); oder Status 6 (nicht abkömmlich)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | 2. | | | | | | | 3. | | | |
| 4. | | | | 5. | | | | | | | 6. | | | |
| 7. | | | | 8. | | | | | | | 9. | | | |
| TMO-Gruppe erforderlich | | | | ja, nur über TTB | | | | | | | nein | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Hinweis: Rückmeldung bei Dienstende direkt an ILS per Funk oder Telefon nicht vergessen!*** | | | | | | | | | | | | | | |
| sonstige relevanten Hinweise: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | |
| *Name* | | | *Datum* | | | | | | | *Unterschrift* | | | | |