

**Besichtigungsprotokoll Schwimm- und Badebecken**

Name des Bades

**Änderungen seit letzter Begehung** ja nein**Aufsicht**

Betriebsbuch nach DIN 19643 Teil 1, Tab. 4 ausreichend geführt ja nein

Messungen im Becken Datum: (ggf. gesondertes Blatt verwenden)

**Name des Beckens**

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität K <sub>S4,3</sub>	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

---

**Name des Beckens**

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität K <sub>S4,3</sub>	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

---

**Name des Beckens**

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität K <sub>S4,3</sub>	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

---

**Name des Beckens**

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität K <sub>S4,3</sub>	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

---

**Name des Beckens**

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität K <sub>S4,3</sub>	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

**Kontrolle der Wasserbeschaffenheit**

letzte Untersuchung entsprechend DIN 19643 Teil 1 Tab. 5

Einhaltung der Anforderungen nach DIN 19643 Teil 1 Tab. 1 und 2

<b>Füllwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

<b>Filtrat</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

<b>Reinwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

<b>Beckenwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

<b>Rohwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

Bemerkung

**Untersuchung der Trinkwasser-Installation**

o.B.	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

**Reinigungs- und Desinfektionsplan**

vorhanden	ja	nein
-----------	----	------

**Lüftungsanlage**

vorhanden	Wartung	Datum:	ja	nein
nicht vorhanden				

Bemerkung

**Hygienische Überwachung**

ausreichende Lüftung (sensorisch)	ja	nein
-----------------------------------	----	------

**Sauberkeit Sanitärbereich**

Toiletten	ja	nein	Umkleiden	ja	nein
Duschen	ja	nein	Duschhinweis vorh.	ja	nein

Schäden Umkleiden/Sanitär	ja	nein
---------------------------	----	------

<b>Sauberkeit Badbereich</b>					
Becken	ja	nein	Überlaufrinne	ja	nein
Beckenumgang/Beckenrand				ja	nein
Sprunganlagen/Startblöcke				ja	nein
Sitzflächen/Möbel				ja	nein
tägl. Reinigung/Desinfektion der Barfußbereiche				ja	nein
Schäden im Badbereich				ja	nein
<b>Sauna</b>	nicht vorhanden				
Sauberkeit von					
Fußbecken	ja	nein	Fußboden	ja	nein
Saunabänke	ja	nein	Tauchbecken	ja	nein
Schäden					
<b>Solarium</b>	nicht vorhanden				
Sauberkeit	ja	nein	Alterskontrolle	ja	nein
Bräunungshinweise	ja	nein	Schutzbrillen	ja	nein
geeignete Desinfektionsmittel vorhanden				ja	nein
Schäden					
<b>Putzmittelraum</b>					
Sauberkeit Reinigungsutensilien/ sachgerechte Aufbewahrung				ja	nein
persönliche Schutzausrüstung vorhanden				ja	nein
Dosierhilfen/Tabellen				ja	nein
Zustand Raum					
Lagerdauer Behälter Chlorbleichlauge < 2 Monate		Datum:		ja	nein
Granulat	Chlordioxid				
Bemerkung					

**Technik**

Rinnenumschaltung zum Abwasser	ja	nein
ausreichende Füllwassernachspeisung	ja	nein
letzte Reinigung Schwallwasserbehälter	Datum:	
letzte Spülbildkontrolle	Datum:	
letzter Filtermaterialwechsel	Datum:	
letzte Wartung der Desinfektionsanlage	Datum:	
letzte Wartung/Kalibrierung Messgeräte	Datum:	
Aufbewahrung Gefahrstoffe		
Atemschutzmasken vorhanden	ja	nein
Ablauf des dazugehörigen Filters	Datum:	

**Sicherheit**

Erste-Hilfe-Raum besetzt durch	ja	nein
Verbandskästen nach Merkblatt 25.02	ja	nein
Rettungsring	ja	nein

**Personalsituation**

qualifizierte Fachkräfte vorhanden		
geprüfte Meister/-innen für Badebetriebe und Schwimmmeister/-innen	ja	nein
Fachangestellte für Bäderbetriebe und Schwimmmeistergehilfen/-innen	ja	nein

**Bemerkung****Maßnahmen**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_