

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 $K_{S4,3}$	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

Name des Beckens

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität $K_{S4,3}$	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

Name des Beckens

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität $K_{S4,3}$	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

Name des Beckens

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität $K_{S4,3}$	mmol/l
freies Chlor	mg/l	gebundenes Chlor	mg/l	Bemerkung

Name des Beckens

pH-Wert	Redoxspannung	mV	Säurekapazität $K_{S4,3}$	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

Füllwasser	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

Filtrat	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

Reinwasser	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

Beckenwasser	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

Rohwasser	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
---------------------------	----	------

Sauberkeit Badbereich

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

Sauna nicht vorhanden

Sauberkeit von					
Fußbecken	ja	nein	Fußboden	ja	nein
Saunabänke	ja	nein	Tauchbecken	ja	nein

Schäden

Solarium nicht vorhanden

Sauberkeit	ja	nein	Alterskontrolle	ja	nein
Bräunungshinweise	ja	nein	Schutzbrillen	ja	nein
geeignete Desinfektionsmittel vorhanden				ja	nein

Schäden

Putzmittelraum

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: