

Maskentyp: \_\_\_\_\_ Geräte Eigentümer: \_\_\_\_\_

**MASKEN -BETRIEBSNACHWEIS**

Baujahr: \_\_\_\_\_ Standort: \_\_\_\_\_

In den Dienst gestellt am: \_\_\_\_\_

Masken-Inventarnr. \_\_\_\_\_

Karten  
Nr. \_\_\_\_\_

Datum	Umfang der Tätigkeit	Verwendung der Maske		Durchgeführte Arbeiten laut Herstellerangaben				Event. Mängel	Unterschrift		Fremdbetreuung durch Firma
		Ü Zeit in Stunden	E Zeit in Stunden	Reinigung	Desin- Fektion	Prüfung	Reparatur		AS-Wart	Fkdt	
	Übertrag										
Anzahl der Verwendungen / Summe der Stunden Zwischensumme der Stunden Ü+E					Ausgeschieden am: Grund:				Unterschrift Fkdt		