PRÜFPROTOKOLL / JANUAR BIS JUNI

Sichtkontrolle AED 2027

Intervall: alle 14 Tage

Gemeinde / Betrieb _____ **Seriennummer** _____

Standort _____ **Austausch Elektroden** _____

Austausch Batterie _____

Monat	Datum	Gerät ist funktionsfähig ja	nein	Fehlermeldung	Unterschrift
Januar		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
Februar		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
März		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
April		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
Mai		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
Juni		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		

PRÜFPROTOKOLL / JULI BIS DEZEMBER

Sichtkontrolle AED 2027

Intervall: alle 14 Tage

Gemeinde / Betrieb _____ **Seriennummer** _____

Standort _____ **Austausch Elektroden** _____

Austausch Batterie _____

Monat	Datum	Gerät ist funktionsfähig ja	nein	Fehlermeldung	Unterschrift
Juli		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
August		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
September		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
Oktober		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
November		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
Dezember		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		