



## Dokumentation der Abschaltung von Medienversorgung im Universitätsklinikum des Saarlandes

1	Arbeitsort/ -stelle	Klinik / Dienstgebäude: _____ Etage: _____ Raum: _____ Raumnutzung: _____ Ausführungszeit (Datum u. Uhrzeit) von: _____ bis: _____
2	Grund der Abschaltung	_____ _____
3	Art der Abschaltung* (*= zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Heizung (Anlage füllen und entlüften) <input type="checkbox"/> Brandmeldeanlage (BMA) <input type="checkbox"/> Einbruchmeldeanlage (EMA) <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Wasser (Anlageteile spülen) <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Kälte (nach Erforderlichkeit füllen und entlüften) <input type="checkbox"/> Druckluft <input type="checkbox"/> med. Gasversorgung <input type="checkbox"/> VE-Wasser (Anlageteile spülen) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
4	☎ Alarmierung	Notruf: 112      Zentrale Leitwarte 99 - 06841 16-99
5	Erlaubnis	Die Abschaltungen dürfen erst ausgeführt werden nach Rücksprache mit dem Dezernat IV – Technik – und wenn die betroffenen Bereiche / Nutzer darüber in Kenntnis gesetzt worden sind. Die Schalthandlungen Ein-, Aus- und Freischaltung von Anlagen und Versorgungsleitungen / Netzen erfolgt <b>nur</b> durch die Mitarbeiter von Dezernat IV – Technik. Der Antrag muss spätestens 3 Tage vor dem Ausführungstermin vollständig ausgefüllt beim Dezernat IV – Technik, Sekretariat, Gebäude 79 vorliegen.
a)	Auftragnehmer (Firma, ausführende betriebstechnische Abteilung)	Name: _____ Datum, Unterschrift: _____
b)	Auftraggeber <input type="checkbox"/> Dezernat III <input type="checkbox"/> Dezernat IV <input type="checkbox"/> LZD <input type="checkbox"/> Sonstige _____	Name: _____ Datum, Unterschrift: _____
c)	Nutzer / Koordinator (wenn Einsatz erforderlich)	Name: _____ Datum, Unterschrift: _____
6	Wiederinbetriebnahme der Medienversorgung	Name: _____ Datum und Uhrzeit: _____ Unterschrift: _____