



Anmeldung Einsatzübung

Integrierte Leitstelle Straubing
Siemensstr. 21

94315 Straubing
Tel.: 09421/1885-100

Fax: 09421/1885-147



FEUERWEHR ♦ RETTUNGSDIENST ♦ KATASTROPHENSCHUTZ

Absender:

Organisation/Fw.: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Stellung: _____

Rückrufnummer: _____

Der **Übungsleiter** ist **vor und während** der Übung erreichbar über:

Name: _____

Tel.-Nr.: _____

Funkrufname: _____

Schleife / Kanal _____ / K.: _____

Anmeldung Einsatzübung (Sondergruppen via Vordruck beantragen !!!)

Durchführende Organisation: _____

Übungsort: Bezeichnung: _____
Straße / HsNr.: _____
PLZ / Ort: _____

Geheime Übung - ja - nein

Übungszeitraum: vom ____ . ____ .20____ , ____ : ____ Uhr - bis ____ . ____ .20____ , ____ : ____ Uhr
Datum Uhrzeit Datum Uhrzeit

Übungsleitung: Name: _____ Funktion / Dienstgrad: _____

Einheit					
Sirene					
FME					

Einheit					
Sirene					
FME					

Die Alarmierung durch die ILS Straubing

- NEIN** - keine unmittelbare Beteiligung der ILS. Fzg werden selbständig abgerufen
- nach Anruf von Hr./Fr. _____ gegen ca. ____ : ____ Uhr erfolgen
- um ca. ____ : ____ Uhr automatisch erfolgen (nach Möglichkeit im Dienstbetrieb).

Die Durchsage soll beinhalten: (Szenario,...) _____

(Name, Datum und Unterschrift)

>> Die beteiligten Feuerwehren haben dafür Sorge zu tragen, dass ihr Grundschutz sicher gestellt ist!<<

Funkübungen / Sanitätsdienst / Sondereinsätze / TETRA-Sondergruppen

Name: _____
 Stellung: _____
 Rückrufnummer: _____
 Organisation/ Einheit: _____



FEUERWEHR ♦ RETTUNGSDIENST ♦ KATASTROPHENSCHUTZ

Ansprechpartner vor und während des Einsatzes:

Name: _____
 Funkrufname: _____
 FME-Schleife: _____
 TMO-Digitalfunkgruppe: _____
 Telefon / Handy: _____

Integrierte Leitstelle Straubing
 Siemensstr. 21
 94315 Straubing

Tel: 09421 / 18 85 - 100

Fax: 09421 / 18 85 - 147

sf.straubing@ils.brk.de

<input type="checkbox"/>	Funkübung	<input type="checkbox"/>	Sicherheitswache / SanD
<input type="checkbox"/>	Verkehrslenkung		
<input type="checkbox"/>	Veranstaltung / Umzug / Prozession		
<input type="checkbox"/>	Sonstige:		

Ort: Objekt / Bezeichnung: _____
 Straße / HsNr.: _____
 PLZ / Ort: _____

Datum: _____ **Uhrzeit von:** _____ **bis:** _____ **Uhr**

Bemerkungen: _____

Funkrufnamen (teilnehmende Fahrzeuge / Florian = Fl. / RK / JO / HER / ...)			

Abkömmlich für Einsätze:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Transportübernahme:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

SOG	Antrag auf Nutzung TMO-Sondergruppe(n)		Datum / Unterschrift
	Tetra Sondergruppe:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
	Anzahl der benötigten Sondergruppe(n):		
	Rückmeldung an (Faxnummer oder eMailadresse):		

Bearbeitungsvermerk ILS:			Datum / Zeit	MitA	SF
Zugewiesene Sondergruppe(n): - (Vergabe nur durch die ILS !!!)	_____	Bestätigung Sondergruppe:			
	_____	RM versendet:			
	_____	ELDIS angelegt:			
	_____	Beendet / Ablage:			