

## 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

<b>Füllwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

---

<b>Filtrat</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

---

<b>Reinwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

---

<b>Beckenwasser</b>	Datum:	ja	nein
Untersuchung durch		Betreiber	Gesundheitsamt
Beanstandung der Parameter			

---

<b>Rohwasser</b>	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

Atenschutzmasken 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: