

## Freigabeprotokoll (Muster)\*

Ort: Anlage: \_\_\_\_\_ Bereich/Arbeitsort: \_\_\_\_\_  
 Objekt/Behälter-Nr/Bezeichnung: \_\_\_\_\_

### Aktueller Zustand:

|             |                          |                          |  |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--|
|             | <b>Nein</b>              | <b>Ja</b>                |  |
| Entleert:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Gespült:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | mit: <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Dampf <input type="checkbox"/> Luft <input type="checkbox"/> Stickstoff <input type="checkbox"/> _____ |
| Abgetrennt: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

### Gefahren gem. Gefährdungsbeurteilung:

|                          |                          |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                          | <b>Nein</b>              | <b>Ja</b>                |                                    |
| Mechanisch:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beschreibung/Sicherung: _____      |
| Elektrisch:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beschreibung/Sicherung: _____      |
| Weitere:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beschreibung/Sicherung: _____      |
| Freimessen erforderlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durch Abteilung: _____ Name: _____ |
| Ex:                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| Tox:                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |
| Ox:                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                    |

### Sicherheitsmaßnahmen für die Freigabe:

Verwendetes Gasmessgerät: Typ: \_\_\_\_\_ Seriennr.: \_\_\_\_\_

Funktionstest erfolgreich:  **Nein**  **Ja** Datum: \_\_\_\_\_

Messort:  Oben  Mitte  Boden

Messfrequenz:  Vor der ersten Freigabe  Jeweils vor Arbeitsbeginn  Alle \_\_\_ Stunden/Minuten

| Zu messender Stoffanteil/Stoff* | Ex <input type="checkbox"/> | Ox <input type="checkbox"/> | CO <input type="checkbox"/> | Methanol <input type="checkbox"/> | H <sub>2</sub> S <input type="checkbox"/> | _____     | _____     |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---|-----------|-----------|
| Messzeitpunkt<br>Datum          | Freigabewert<br>Zeit        | < 10% UEG                   | ≥ 19,5 ≤ 21,5<br>Vol %      | < ___ ppm                         | < ___ ppm                                 | < ___ ppm | < ___ ppm |
|                                 |                             |                             |                             |                                   |   |           |           |
|                                 |                             |                             |                             |                                   |   |           |           |
|                                 |                             |                             |                             |                                   |   |           |           |
|                                 |                             |                             |                             |                                   |   |           |           |

Ventilation erforderlich?  **Nein**  **Ja** Art/Dauer: \_\_\_\_\_

### Schutzmaßnahmen:

|                               |                          |                          |                |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
|                               | <b>Nein</b>              | <b>Ja</b>                |                |
| Kopfschutz/Augenschutz:       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |
| Körperschutz/Handschutz:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |
| Atemschutz:                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |
| Absturzicherung:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |
| Persönliches Gasmessgerät:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |
| Überwachung durch Dritten:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art: _____     |
| Weiteres, z. B. Feuerlöscher: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Art/Typ: _____ |

**Freigabe** von: Name: \_\_\_\_\_ Abt.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*Es handelt sich um eine Mustervorlage. Sie dient als Orientierungshilfe. Bitte beachten Sie weitere lokal anzuwendende Regeln oder Vorschriften und individuelle Anforderungen sowie zu messende Schadstoffe und deren Grenzwerte.