

Frånkoppling av brandskyddssystem

Koncern/Företag: _____

Objekt/Anläggning: _____

Typ av system: Automatisk vattensprinkler Automatiskt Brandlarm Annat _____

Område/verksamhet som berörs av frånkopplingen	Sektion:	
Orsak till frånkoppling		
Frånkoppling (systemet tas ur funktion)	Datum:	Tid:
Frånkoppling slutar (systemet åter i drift)	Datum:	Tid:

Frånkoppling/fel ska alltid meddelas:

Utfört

Arbetsledning och personal för området^{*)}: Ja Namn: _____ Nej
Brandskydds- och bevakningsansvarig för området: Ja Namn: _____ Nej
Larmcentral: Ja Namn: _____ Nej/Ej tillämbart
Hyresgäst/användare/anläggningsägare: Ja Namn: _____ Nej/Ej tillämbart

^{*)} Om anläggningen är en förutsättning i dimensioneringen av byggnadens brandskydd bör brandkonsult eller motsvarande tillfrågas.

Frånkoppling/fel under längre tid än 24 timmar ska meddelas försäkringsbolag (om inte annat överenskommit)

Försäkringsbolag: _____ E-post: _____ Fax: _____
Mäklare (om tillämbart): _____ E-post: _____ Fax: _____

För alla typer av frånkoppling/system ur funktion gäller följande åtgärder:

1. Planering och förberedelse utförd för att minimera tider ur drift Ja
2. Möjliga åtgärder vidtagna för att begränsa området som är ur drift Ja
3. Brandbelastningen inom berört område har om möjligt minimerats Ja
4. Manuell släckutrustning och utbildad personal finns på plats Ja
5. **Brandlarm:** Kontrollerat om Heta Arbeten kommer att utföras och i sådant fall enligt tillståndssystem Ja Ej tillämbart
Vattensprinkler: Kontrollerat att Heta Arbeten ej kommer att utföras Ja Ej tillämbart
6. Rondering/bevakning sker kontinuerligen under frånkopplingstiden (brandvakt) Ja
7. Förbud för rökning och öppna lågor inom området gäller (under frånkopplingstiden) Ja
8. Kontrollerat att inga brandtillbud föreligger och brandfarliga processer stoppade Ja
9. Branddörrar och andra styrfunktioner är stängda/aktiverade vid frånkoppling efter arbetstid Ja

I övrigt ska anvisningar i aktuellt regelverk samt eventuella krav i brandskyddsdokumentation följas.

Underskrift anläggningsskötare

Namnteckning

Namnförtydligande

Telefonnummer

Återställning utförd Ja Datum och klockslag: _____