

4. Anlage zur Netzversorgung
(Auswertebogen)

BOS Einheit: _____

Ansprechpartner: _____

Erreichbarkeit: _____

Nr.:	Datum	Gerätetyp:	Welches Problem lag vor?	Bemerkungen
	Standort _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz <input type="checkbox"/>	_____
	Stadt/Gemeinde _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Rufaufbau <input type="checkbox"/>	
	Ortsteil _____	MRT <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	
	Straße _____		Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	
	ggf. Koordinaten _____	Trageweise / Nutzung:		
		Kat.1 Outdoor-Kopf <input type="checkbox"/>		
		Kat.2 Outdoor-Gürtel <input type="checkbox"/>	Welche TMO-Gruppe	
		Kat.3 Inhouse-Kopf <input type="checkbox"/>	Feldstärke (Empfangsbalken)	
		Kat.4 Inhouse-Gürtel <input type="checkbox"/>	Wartezeit in Sekunden ca.	

Nr.:	Datum	Gerätetyp:	Welches Problem lag vor?	Bemerkungen
	Standort _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz <input type="checkbox"/>	_____
	Stadt/Gemeinde _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Rufaufbau <input type="checkbox"/>	
	Ortsteil _____	MRT <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	
	Straße _____		Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	
	ggf. Koordinaten _____	Trageweise / Nutzung:		
		Kat.1 Outdoor-Kopf <input type="checkbox"/>		
		Kat.2 Outdoor-Gürtel <input type="checkbox"/>	Welche TMO-Gruppe	
		Kat.3 Inhouse-Kopf <input type="checkbox"/>	Feldstärke (Empfangsbalken)	
		Kat.4 Inhouse-Gürtel <input type="checkbox"/>	Wartezeit in Sekunden ca.	

Nr.:	Datum	Gerätetyp:	Welches Problem lag vor?	Bemerkungen
	Standort _____	HRT <input type="checkbox"/>	Kein Netz <input type="checkbox"/>	_____
	Stadt/Gemeinde _____	HRT+Mikro mit Antenne <input type="checkbox"/>	Kein Rufaufbau <input type="checkbox"/>	
	Ortsteil _____	MRT <input type="checkbox"/>	Gesprächsabbruch im Stand <input type="checkbox"/>	
	Straße _____		Gesprächsabbruch in Bewegung <input type="checkbox"/>	
	ggf. Koordinaten _____	Trageweise / Nutzung:		
		Kat.1 Outdoor-Kopf <input type="checkbox"/>		
		Kat.2 Outdoor-Gürtel <input type="checkbox"/>	Welche TMO-Gruppe	
		Kat.3 Inhouse-Kopf <input type="checkbox"/>	Feldstärke (Empfangsbalken)	
		Kat.4 Inhouse-Gürtel <input type="checkbox"/>	Wartezeit in Sekunden ca.	