

Kontrolle für das Rückwärtsfahrenkataster

Straße: _____ N r.: _____ Tag: _____
 Datum: _____ Uhrzeit: _____ Tour:Woche: 1 2 3 4

Länge der Rückwärtsfahrt [in]	normale Straßenbreite	Engstelle		Wendeanlage	Durchmesser
		Breite m	Länge m		
		1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____		<input type="checkbox"/> Kreis <input type="checkbox"/> Schleife <input type="checkbox"/> Hammer <input type="checkbox"/> Nein	
Verkehrsdichte	Beleuchtungs- situation	Sicht nach hinten beeinträchtigt durch		Sicherheits- abstand > 0,5m [beide Seiten]	Behinderung durch Falschparker
<input type="checkbox"/> sehr gering <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> Tageslicht <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Kurven <input type="checkbox"/> Kuppen	<input type="checkbox"/> Bäume <input type="checkbox"/> Hecken <input type="checkbox"/> Sträucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bankette					
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> befestigt und befahrbar <input type="checkbox"/> nicht befestigt <input type="checkbox"/> nicht befestigt und befahrbar <input type="checkbox"/>					
Bemerkungen					
Kontrolliert durch _____					
Name _____					
Unterschrift: _____					
Name _____					
Unterschrift: _____					
Name _____					
Betriebsamt Abfallsammlung					

Anlage 1