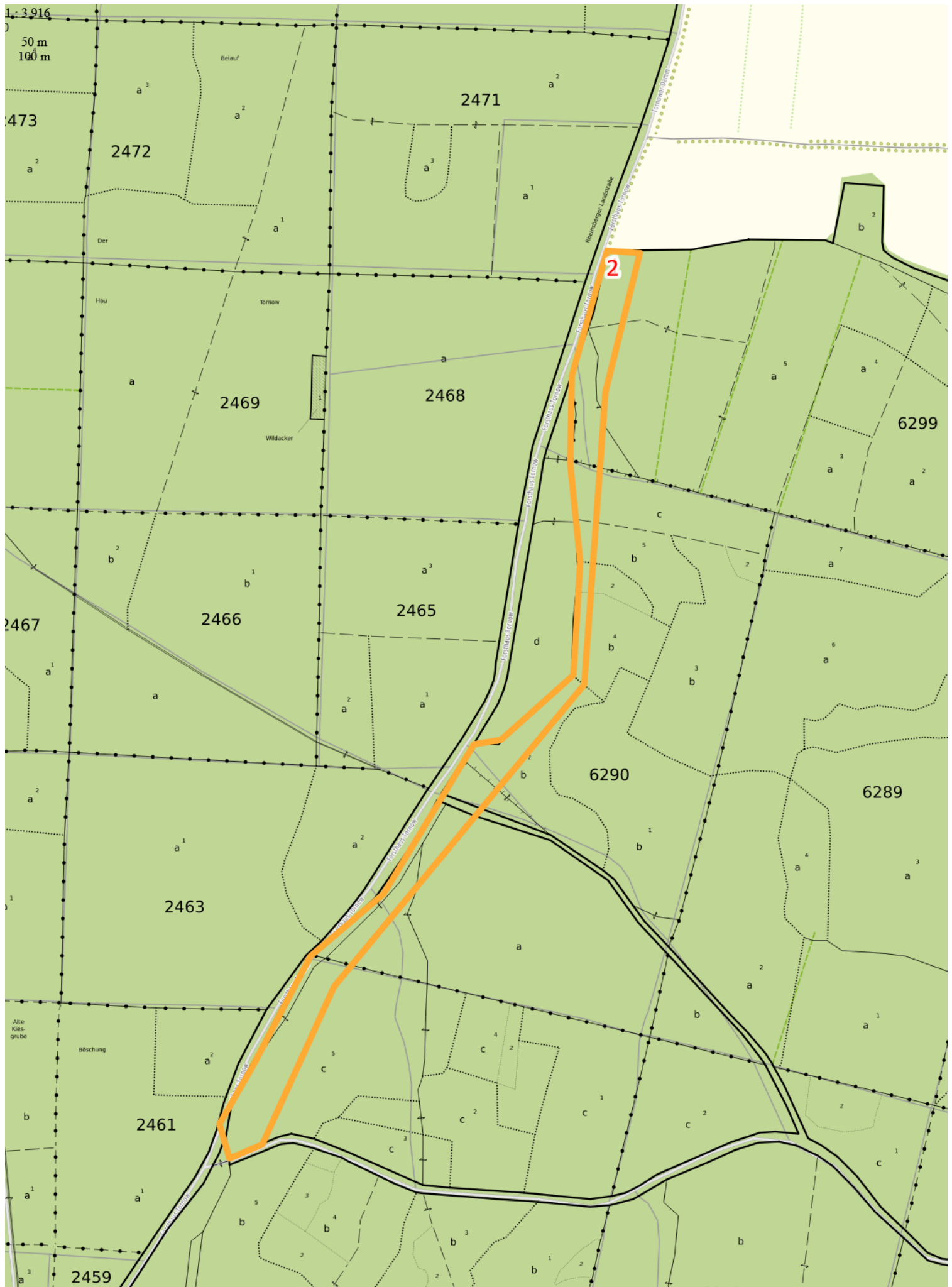




Abschnitt: Torower Weg, Fristow

# Anlage 1 - Dokumentation der Regelkontrolle (Baumschau)

**Struktureinheit: Fristow**

(LObf., Rev., Baumschule, SE, Objekt)

**Kontrolldurchführung: LiesegangJ**

(Name des/der Verantwortlichen)

**Kontrollabschnitt: Tornower Weg**

(eindeutige Bezeichnung; wie Waldort, Straßen / Gewässerbezeichnung bzw. -abschnitt, ortsübliche Bezeichnung oder Katasterangaben)

| Handlungsbedarf |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             | Vollzugskontrolle                                       |                            |  |
|-----------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| Datum           | lfd.Nr | Relevante Baumdaten/Mängel<br>z.B. Baumart, BHD, Höhe, Schadmerkmale,<br>Besonderheiten | Maßnahmen<br>L - Lichtraumprofilschnitt<br>T - Totholzbeseitigung<br>K - Kronenpflege<br>F - Fällung | Gefahr<br>im<br>Verzug<br>(x) | Bemerkungen | Auftrag erteilt<br>(eWA, UN)<br>Auftrags-Nr.,<br>ZV-Nr. | Ausführung<br>Datum,Signum |  |
| 27.4.2026       | 1      | 1 Kiefer, ~30cm / ~20m<br>Koordinate: 53.0358,12.831                                    | Fällung                                                                                              |                               |             |                                                         |                            |  |
| 27.4.2026       | 2      | 1 Kiefer, ~30cm / ~20m<br>Koordinate: 53.0358,12.831                                    | Fällung                                                                                              |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |
|                 |        |                                                                                         |                                                                                                      |                               |             |                                                         |                            |  |

|                                                                           |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| Unterschrift des / der Kontrollverantwortlichen                           |              |              |
|                                                                           | Datum/Signum | Datum/Signum |
| Sichtvermerk nach Regelkontrolle / Vollzug Leiter /in der Struktureinheit |              |              |
|                                                                           | Datum/Signum | Datum/Signum |