



Checklista bombhot

Obs! Obligatoriska fält markeras med röd ram

Samtalet kom

Datum	Tid	Telefonnummer (även riktnr) där samtalet kommer från
-------	-----	--

Anteckna noga bombhotarens meddelande.

Försök få denne att upprepa genom att låtsas att du inte uppfattat.

Försök få till stånd ett samtal och svar på frågorna nedan. Som inledning bör du tala om för denne att även människor utanför din arbetsplats kan komma till skada om bomben exploderar.

Varför gör du det här?

Tillhör du någon särskild organisation?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om ja - vilken organisation?
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Vad är det för sorts bomb?

Var finns den?

När exploderar den?



Obs! Obligatoriska fält markeras med röd ram

Iakttagelser

Verkar bombhotaren ha lokalkännedom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Kön och ålder

<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Pojke	<input type="checkbox"/> Flicka
------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Röst

Tal

Attityd

<input type="checkbox"/> Högljudd	<input type="checkbox"/> Snabbt	<input type="checkbox"/> Lugn
<input type="checkbox"/> Mörk	<input type="checkbox"/> Distinkt	<input type="checkbox"/> Upphetsad
<input type="checkbox"/> Sluddrig	<input type="checkbox"/> Stammande	
<input type="checkbox"/> Tystlåten/svag röst	<input type="checkbox"/> Långsamt	Bakgrundsljud
<input type="checkbox"/> Mjuk, behaglig	<input type="checkbox"/> Förvrängd	<input type="checkbox"/> Oväsen från maskiner
	<input type="checkbox"/> Läspande	<input type="checkbox"/> Gatutrafik
Dialekt	<input type="checkbox"/> Vålvårdat	<input type="checkbox"/> Musik
<input type="checkbox"/> Lokal dialekt, (ortens eller annan du känner igen)	<input type="checkbox"/> Svordomar	<input type="checkbox"/> Röster
<input type="checkbox"/> Utländsk brytning		<input type="checkbox"/> Annat
<input type="checkbox"/> Övrigt		

Ditt namn	Datum	Tid
-----------	-------	-----