Protokoll

Wartung / Sicherheitstechnische Kontrolle nach § 6 Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Sanitätshaus

Name ……..
Straße ……..
PLZ / Ort ……..

Prüfer

Name ……..
Straße ……..
PLZ / Ort ……..

Standort Bett

Name ……..
Straße ……..
PLZ / Ort ……..

Bett

Typ ……..
lfd. Nr. ……..
……..

Prüfanlaß

Vor Inbetriebnahme ☐
Intervallmäßige Wartung ☐
Nach Reparatur ☐

Bestätigung der Wartung

……..
Datum / Unterschrift (Kunde)

Prüfung	Bauteil	i.O.	n.i.O	Bemerkungen
Sicht	Typenschilder	☐	☐	……
Sicht	Betriebsanleitung	☐	☐	……
Sicht	Kopf + Fußteile	☐	☐	……
Sicht	Seitenteile	☐	☐	……
Sicht	Hubsystem	☐	☐	……
Sicht	Liegefläche	☐	☐	……
Sicht	Rollen	☐	☐	……
Sicht	Verschraubungen	☐	☐	……
Funktion	Freilauf	☐	☐	……
Rollen	Feststellen	☐	☐	……
	Bremswirkung	☐	☐	……
Funktion	Leichgängigkeit	☐	☐	……
Seitenteile	Verriegelung	☐	☐	……
	Scharniere	☐	☐	……
Funktion	Hubmotoren	☐	☐	……
Motoren	Kopfteilmotor	☐	☐	……
	Fußteilmotor	☐	☐	……
	Trendelenburg	☐	☐	……
Funktion	……	☐	☐	……
Zubehör	……	☐	☐	……
	……	☐	☐	……
Mechanische Prüfung Gesamt		☐	☐	……

Elek. Prüfung	Bauteil	i.O.	n.i.O	Bemerkungen
Sicht	Netzanschluß	☐	☐	……
Sicht	Netzstecker	☐	☐	……
Sicht	Netzleitung	☐	☐	……
Sicht	Zugentlastung	☐	☐	……
Sicht	Antriebe	☐	☐	……
Sicht	Schutz / IPX 4	☐	☐	……
Funktion	Handschalter	☐	☐	……
	Endabschaltung	☐	☐	……
	Akku / Batterie	☐	☐	……

				Ist	Soll
Messung	Widerstand	☐	☐	……	> 2 M Ohm
	Ableitstrom	☐	☐	……	< 0,1 mA
Elektrische Prüfung Gesamt		☐	☐		

Verwendetes Messgerät: ……..

Bemerkungen: ……
……
……

……..
Datum / Unterschrift (Prüfer)