

Protokoll

Wartung / Sicherheitstechnische Kontrolle nach §11 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)

<u>Prüfung</u>	<u>Bauteil</u>	<u>i.O. / n.i.O</u>		<u>Bemerkungen</u>
Sicht	Typenschilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Betriebsanleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Kopf + Fußteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Seitenteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Hubsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Liegefläche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Rollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Verschraubungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion	Freilauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollen	Feststellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bremswirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion	Leichtgängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitenteile	Verriegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Scharniere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion	Hubmotoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motoren	Kopfteilmotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fußteilmotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trendelenburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubehör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mechanische Prüfung Gesamt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Elek. Prüfung</u>	<u>Bauteil</u>	<u>i.O. / n.i.O</u>		<u>Bemerkungen</u>
Sicht	Netzanschluß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Netzstecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Netzleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Zugentlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Antriebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicht	Schutz / IPX 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion	Handscharter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endabschaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akku / Batterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<u>Ist</u> <u>Soll</u>
Messung	Widerstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> > 2 M Ohm
	Ableitstrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> < 0,1 mA
Elektrische Prüfung Gesamt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verwendetes Messgerät:

Bemerkungen:

.....
 Datum / Unterschrift (Prüfer)