

Dokumentation der Prüfung instandgesetzter elektrischer Geräte

Auftragnehmer (prüfender Betrieb)

Auftraggeber

Ort

Straße

Nr.

Gerät übernommen durch:

Auftrag vom

Auftrag Nr.

Art		Typ / Bezeichnung		Hersteller	
U_N	V,	AC/DC - DS/WS ¹⁾	P_N	kW	
CE-Zeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	VDE-Zeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GS-Zeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zustand bei Übernahme		Schutzklasse		Schutzart IP	
Angaben des Kunden zum Fehler / Schaden					
Instandsetzung/Prüfung nach: DIN VDE 0700 Teile 1 und , DIN VDE 0750, ¹⁾ DIN VDE 0701 Teile 1 und , DIN VDE 0751 , DIN VDE ¹⁾					

Befund

Art/Umfang der Instandsetzung

Originalzustand verändert? ja nein wie?

Ersetzte Teile

Bemerkung

Mechanische Schutzvorrichtungen	<input type="checkbox"/>	Abdeckungen, Gehäuse	<input type="checkbox"/>	Belüftung, Fiter	<input type="checkbox"/>
Leitung, Einführung, Stecker	<input type="checkbox"/>	Einbauteile	<input type="checkbox"/>	Aufschriften	<input type="checkbox"/>
Zugentlastung, Biegeschutz	<input type="checkbox"/>	Verschleißteile	<input type="checkbox"/>	Anschlußstellen	<input type="checkbox"/>
Schalter, Regler, Taster	<input type="checkbox"/>	Schutzeinrichtungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insgesamt ³⁾	<input type="checkbox"/>

Schutzleiterwiderstand _____ Ω $U_p =$ _____ A, $U_p =$ _____ V

Isolationswiderstand _____ $M\Omega$ $U_p =$ _____ V

Hochspannungsprüfung, kein Überschlag/Durchschlag $U_p =$ _____ kV, _____ s

Schutzleiterstrom / Erdableitstrom Verfahren _____ ²⁾ _____ mA

Berührungsstrom / Gehäuseableitstrom Verfahren _____ ²⁾ _____ mA

/ Geräteableitstrom Verfahren _____ ²⁾ _____ mA

/ Patientenableitstrom Verfahren _____ ²⁾ _____ mA

Insgesamt ³⁾

Betriebsstrom: _____ A

Funktion: Leerlauf/Last **Funktion:** Steuerung

Beschaltung (EMV) Steckdosenausgang Temperaturregler _____ °C

Kleinspannungsausgang: _____ V (SELV/PELV) R_{iso} : _____ $M\Omega$ Eingang: _____ $M\Omega$

Insgesamt ³⁾

1. Typ _____ Inv. Nr. _____ 2. Typ _____ Inv. Nr. _____

Die Instandsetzung wurde ordnungsgemäß ¹⁾ , konnte nicht ¹⁾ vorgenommen (werden), das Gerät ist funktionsfähig ¹⁾ nicht funktionsfähig ¹⁾ und bei bestimmungsgemäßem Gebrauch für seinen Benutzer sicher ¹⁾ nicht sicher ¹⁾ . Eine Prüfmarke/Zustandskennzeichnung wurde ¹⁾ wurde nicht angebracht ¹⁾ , nächste Prüfung am _____

Bemerkung/Empfehlung ¹⁾

Verantwortlicher Prüfer (Elektrofachkraft)

Auftraggeber (Prüfprotokoll erhalten)

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift

¹⁾ ankreuzen/streichen/ergänzen

²⁾ angeben: dir direkte, Diff Differenzstrom, Er Ersatz-Ableitstrom-Messung

³⁾ Prüfergebnis angeben; positive Prüfung negative Prüfung