

RAPTOR

PRÜFLISTE DER JÄHRLICHEN KONTROLLE

Firmenname:	
Prüfer:	
Prüfdatum:	
Ort:	
Herstellungsjahr:	
Lotnummer:	

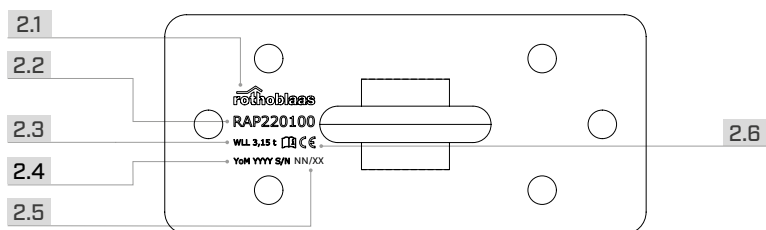


Abbildung 1 - Produktkennzeichnungen

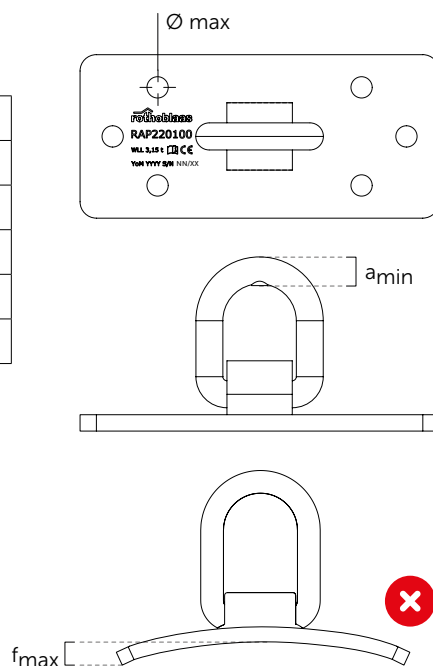


Abbildung 2 - Grenzmaße RAPTOR

Nr.	Prüfkriterium	Ergebnis		Handlungsbedarf	Erledigt?	Bemerkung
TECHNISCHE PRÜFKRITERIEN						
1.	Sind alle Beschriftungen gut lesbar? (siehe Abbildung 1)					
	Herstellerlogo (Nr. 2.1)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
	Artikelnummer (Nr. 2.2)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
	Max. Tragfähigkeit (Nr. 2.3)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
	Produktionsjahr (Nr. 2.4)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
	Lotnummer (Nr. 2.5)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
	CE-Kennzeichnung(2.6)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
2.	Kontrolle der Grenzmaße (Abbildung 2)					
	• Ø _{max} = _____ mm ≤ 13,5 mm	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> NEIN			
	• a _{min} = _____ mm ≥ 16 mm	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> NEIN			
	• f _{max} = _____ mm ≤ 3 mm	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> NEIN			
3.	Sind starke Korrosionserscheinungen zu erkennen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			
4.	Sind sonstige starke Abnutzungen zu sehen ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN			

RAPTOR

PRÜFLISTE DER JÄHRLICHEN KONTROLLE

Nr.	Prüfkriterium	Ergebnis	Handlungsbedarf	Erledigt?	Bemerkung
ERFORDERLICHE DOKUMENTE UND ARBEITSABLÄUFE					
5.	Wurden seit der letzten Inspektion Reparaturen an dem Produkt vorgenommen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
6.	Liegt die Betriebsanleitung vor?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
7.	Haben alle Anwender des Produktes eine Schulung zur korrekten Verwendung bekommen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
8.	Wird die erforderliche Sichtprüfung vor jeder Benutzung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
9.	Liegt das Prüfergebnis der letzten Überprüfung vor?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
10.	Ist sichergestellt, dass das Produkt nach Besondern Vorkommnissen außerordentlich überprüft wird?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
11.	Wissen die Anwender über die Grenzen und Risiken des Hebeankers Bescheid?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
12.	Sonstige	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

GESAMTBEURTEILUNG: Prüfung bestanden?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nächste Prüfung am: (max. ein Jahr nach dieser Prüfung)	<input type="checkbox"/> Mängel wurden beseitigt <input type="checkbox"/> Produkt wurde ordnungsmäßig entsorgt.

Unterschrift Prüfer: _____