

RAPTOR

PRÜFLISTE DER JÄHRLICHEN KONTROLLE

| | |
|-------------------|--|
| Firmenname: | |
| Prüfer: | |
| Prüfdatum: | |
| Ort: | |
| Herstellungsjahr: | |
| Lotnummer: | |

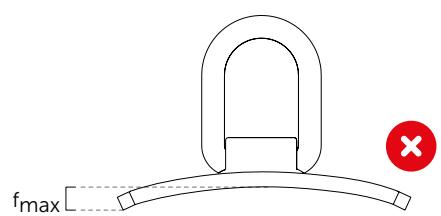
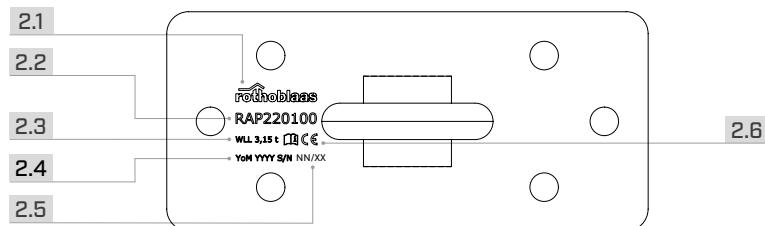
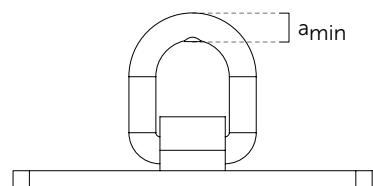
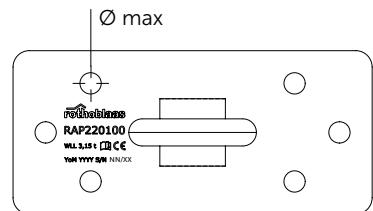


Abbildung 1 - Produktkennzeichnungen

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) Artikelnummer (Nr. 2.2) Max. Tragfähigkeit (Nr. 2.3) Produktionsjahr (Nr. 2.4) Lotnummer (Nr. 2.5) CE-Kennzeichnung(2.6) | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | | |
| 2. | Kontrolle der Grenzmaße (Abbildung 2) • Ømax = _____ mm \leq 13,5 mm • amin = _____ mm \geq 16 mm • fmax = _____ mm \leq 3 mm | <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NEIN <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: _____