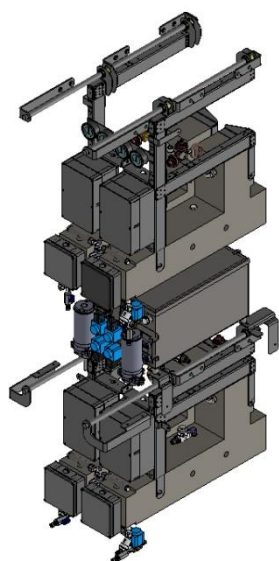


Sterildampf-Versorgungsanlage

DR9/18 Twin



Gerätebuch

Art.-Nr.: 606374

Mobile Instrumentenaufbereitung

Sterilisationsmodul EinsLaz 72/180

Inhaltsverzeichnis

1.	Identifikation des Geräts	3
2.	Inbetriebnahme	4
2.1.	Nachweis Erstinbetriebnahme	4
2.2.	Nachweis Inbetriebnahme nach Transport.....	5
3.	Einweisungen	6
3.1.	Nachweis Einweisungen für den Betrieb	6
3.2.	Nachweis Einweisungen für Instandhaltungsmaßnahmen	7
4.	Instandhaltung.....	8
4.1.	Instandhaltungsplan	8
4.1.1.	Anwender.....	8
4.1.2.	Autorisierter „Servicetechniker“	8
4.2.	Nachweis Wartungen	9
4.3.	Nachweis nach DGUV Vorschrift 3 durch befähigte Person	10
4.4.	Nachweis Instandsetzungen.....	11
5.	Wiederkehrende Prüfungen nach § 15 BetrSichV	12
5.1.	Nachweis Wiederkehrende Prüfungen.....	12
6.	Wichtige Anschriften.....	13

1. Identifikation des Geräts

Artikelbezeichnung:	Sterildampf-Versorgungsanlage DR9/18 Twin		
Artikelnummer:	605452		
Seriennummer Sterildampf-Versorgungsanlage ¹⁾ :			
Seriennummern DR9 ¹⁾ :	links	rechts	
Seriennummern DR18 ¹⁾ :	links	rechts	
Außenabmessungen H / B / T (mm):	1800 / 230 / 700		
Betriebsgewicht (kg):	85		
Option: Inhalt Vorratstank (l):	35		
CE-Kennzeichnung:	Nach Niederspannungsrichtlinie		
Wartung:	halbjährlich jährlich zweijährlich		
Wiederkehrende Prüfungen § 15 BetrSichV:	Äußere Prüfung	2 Jahre	
	Innere Prüfung	5 Jahre	
	Festigkeitsprüfung	10 Jahre	
Sonstige wiederkehrende Prüfungen:	Elektrische Sicherheitsprüfung nach DGUV Vorschrift 3 (alt BGV A3)		
Preis inkl. MwSt. (€):			
Hersteller:	HP Medizintechnik GmbH Bruckmannring 34 85764 Oberschleißheim Telefon +49 (89) 3545194 - 50 Telefax +49 (89) 3545194 - 90 http://www.hp-med.com/		

¹⁾ Siehe Typenschild

2. Inbetriebnahme

2.1. Nachweis Erstinbetriebnahme

Prüfung	Durchgeführt		Bedingung erfüllt	
1. Vollständigkeit des Lieferumfangs gem. Auftragsdokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Sichtprüfung der Ausführungsqualität der Geräte, Komponenten, Zubehör	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Überprüfung der fachgerechten Installation der Geräte und Anlagen, inkl. Anschluss der Medien und der Installation der Lüftungstechnischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Qualitätsnachweise der angeschlossenen Medien (Dampf, Wasser)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Prüfung der Vollständigkeit der zum Auftragsumfang zugehörigen Dokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Durchführung der vereinbarten technischen Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Kontrolle der wesentlichen sicherheitstechnischen Funktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Durchführung von Funktionsprüfungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Prüfung wurde durchgeführt in/am:

_____ Ort

_____ Datum

Die Prüfung wurde durchgeführt von:

_____ Name

_____ Unterschrift

2.2. Nachweis Inbetriebnahme nach Transport

Prüfung	Durchgeführt		Bedingung erfüllt	
7. Vollständigkeit des Lieferumfangs gem. Auftragsdokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Sichtprüfung der Ausführungsqualität der Geräte, Komponenten, Zubehör	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Überprüfung der fachgerechten Installation der Geräte und Anlagen, inkl. Anschluss der Medien und der Installation der Lüftungstechnischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Qualitätsnachweise der angeschlossenen Medien (Dampf, Wasser)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Prüfung der Vollständigkeit der zum Auftragsumfang zugehörigen Dokumentation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Durchführung der vereinbarten technischen Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Kontrolle der wesentlichen sicherheitstechnischen Funktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Durchführung von Funktionsprüfungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die Prüfung wurde durchgeführt in/am:

Ort Datum

Die Prüfung wurde durchgeführt von:

Name Unterschrift

3. Einweisungen

3.1. Nachweis Einweisungen für den Betrieb

Anlass:

- ☐ Ersteinweisung
☐ Wiederholungseinweisung

Einweisungsort/Einweisungsdatum:

Ort

Datum

Die Einweisung wurde durchgeführt durch:

Firma / Einrichtung

Anschrift

Einweisender:

Name

Unterschrift

Anlass:

- ☐ Ersteinweisung
☐ Wiederholungseinweisung

Einweisungsort/Einweisungsdatum:

Ort

Datum

Die Einweisung wurde durchgeführt durch:

Firma / Einrichtung

Anschrift

Einweisender:

Name

Unterschrift

3.2. Nachweis Einweisungen für Instandhaltungsmaßnahmen

Anlass:

- ☐ Ersteinweisung
☐ Wiederholungseinweisung

Einweisungsort/Einweisungsdatum:

Ort

Datum

Die Einweisung wurde durchgeführt durch:

Firma / Einrichtung

Anschrift

Einweisender:

Name

Unterschrift

Anlass:

- ☐ Ersteinweisung
☐ Wiederholungseinweisung

Einweisungsort/Einweisungsdatum:

Ort

Datum

Die Prüfung wurde durchgeführt durch:

Firma / Einrichtung

Anschrift

Einweisender:

Name

Unterschrift

4. Instandhaltung

4.1. Instandhaltungsplan

4.1.1. Anwender

Maßnahmen	Intervall	Durchzuführen	
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.1.2. Autorisierter „Servicetechniker“

Maßnahmen	Intervall	Durchzuführen	
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Wartungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Wartungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wartung <ul style="list-style-type: none"> Arbeiten gemäß Wartungsanleitung 		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2. Nachweis Wartungen

[illegible]

4.3. Nachweis nach DGUV Vorschrift 3 durch befähigte Person

[illegible]

4.4. Nachweis Instandsetzungen

[illegible]

5.1. Nachweis Wiederkehrende Prüfungen

[illegible]

6. Wichtige Anschriften

Bei Störungen des Gerätes sind folgende für den Betrieb Verantwortliche zu benachrichtigen:

Betreiber:

Name:

Tel:

Hersteller, Lieferant und Werkskundendienst:

HP Medizintechnik GmbH
Bruckmannring 34
85764 Oberschleißheim

Tel: +49(89) 3545194 - 50
Fax: +49(89) 3545194 - 90

Internet: www.hp-med.com
Email: info@hp-med.com

Raum für weitere Eintragungen

Name:

Tel:

Änderungen vorbehalten

HP Medizintechnik GmbH

85764 Oberschleißheim

Bruckmannring 34

Telefon: +49(89) 3545194 - 50

Telefax: +49(89) 3545194 - 90

<http://www.hp-med.com>

E-mail: info@hp-med.com