

## Elektrisch betriebene Geräte

Art.-Nr. 606215



## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Identifikation des Geräts .....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Inbetriebnahme .....</b>	<b>5</b>
2.1.	Nachweis Inbetriebnahme .....	5
<b>3.</b>	<b>Einweisungen .....</b>	<b>6</b>
3.1.	Nachweis Einweisungen für den Betrieb .....	6
3.2.	Nachweis Einweisungen für Instandhaltungsmaßnahmen .....	7
<b>4.</b>	<b>Instandhaltung .....</b>	<b>8</b>
4.1.	Instandhaltungsplan .....	8
4.1.1.	Anwender .....	8
4.1.2.	Servicetechniker .....	8
4.2.	Nachweis Wartungen .....	9
4.3.	Nachweis Prüfungen nach DGUV Vorschrift 3 .....	10
4.4.	Nachweis Instandsetzungen .....	11
<b>5.</b>	<b>Wichtige Anschriften .....</b>	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>Notizen .....</b>	<b>13</b>

## 1. Identifikation des Geräts

**Artikelbezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Artikelnummer:** \_\_\_\_\_

**Seriennummer Gerät:** \_\_\_\_\_

**Außenabmessungen H / B / T (mm):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Betriebsgewicht (kg):** \_\_\_\_\_

**Inhalt Vorratstank (l):** \_\_\_\_\_

**CE-Kennzeichnung:** CE \_\_\_\_\_

**Wartung:** \_\_\_\_\_

**Wiederkehrende Prüfungen:** Prüfung nach DGUV Vorschrift 3 \_\_\_\_\_

**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/>

## 2. Inbetriebnahme

### 2.1. Nachweis Inbetriebnahme

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

### 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	
<b>Wartung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung</li></ul>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wartung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung</li></ul>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Wartung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeiten gemäß Bedienungsanleitung</li></ul>		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### 4.1.2. Servicetechniker

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

## 4.2. Nachweis Wartungen

#### 4.3. Nachweis Prüfungen nach DGUV Vorschrift 3

#### 4.4. Nachweis Instandsetzungen

## 5. 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](http://www.hp-med.com)  
Email: [info@hp-med.com](mailto:info@hp-med.com)

## 6. Notizen

## Änderungen vorbehalten

---

### HP Medizintechnik GmbH

85764 Oberschleißheim

Bruckmannring 34

Telefon: +49(89) 3545194 - 50

Telefax: +49(89) 3545194 – 90

E-mail: <http://www.hp-med.com>  
[info@hp-med.com](mailto:info@hp-med.com)