Wartungsplan

SLK Carry Produktfamilie

- ☐ SLK Carry 185 Eco
- ☐ SLK Carry 185 Classic
- ☐ SLK Carry 185 Pro
- ☐ SLK Carry 185 Pro L
- ☐ SLK Carry 250 XL
- ☐ SLK Carry Compact
- ☐ SLK Carry Classic e
- ☐ SLK Carry 185 Pro e
- ☐ SLK Carry 185 Pro L e

Wellell Group

SLK Vertriebsgesellschaft mbH
Am Herdicksbach 18
D-45731 Waltrop

Telefon: +49 (0) 2309 - 91545 - 0
Telefax: +49 (0) 2309 - 91545 - 999
E-Mail: info@slk-gmbh.de
Internet: www.slk-gmbh.de

@SLK Medizintechnik
slk_medizintechnik

Seriennummer : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Herstelldatum:** _ _ / _ _ _ _

Für die Dokumentation den aktuellen Wartungsplan von der SLK-Internetseite www.slk-gmbh.de (Downloadbereich) verwenden.

Pos.	Gegenstand		OK	nicht OK	Bemerkungen	Instand-gesetzt am:
1	Lifter im Originalzustand					
2	Kompatibilitätserklärung der Zubehör- und Gerätekombinationen vorhanden					
3	Gebrauchsanweisung vorhanden					
4	Typenschilder vorhanden und lesbar					
5	Laufrollen	• lassen sich leichtgängig drehen				
		• schwenkbar um 360°				
		• unbeschädigt				
		• Befestigungsschrauben fest angezogen				
		• Bremsen funktionsfähig				
6	Schweißnähte in Ordnung/ keine Rissbildungen / keine Deformierungen	• Fahrwerk				
		• Standmast				
		• Hebearm (auch Langlochbildung am CSP beachten)				
		• Schiebegriff				
		• Motorhalterungen				
		• Lifterbügel				
7	Keine Oberflächenbeschädigung oder Korrosion					
8	Funktion der Fahrwerkspreizung leichtgängig					
9	Bolzen mit SL-Sicherung in einwandfreiem Zustand (bei Einarbeitungen austauschen)					
10	Alle Verschraubungen fest angezogen, besonders:	• zwischen Fahrwerk und Standmast				
		• zwischen Standmast und Hebearm (100 Nm Anzugsdrehmoment)				
		• zwischen Zentralrohr und Füßen (100 Nm Anzugsdrehmoment)				
	Im Fall von Seeger-ring-Befestigung:	• Alle 4 Seegeringe an den Fußbefesti-gungen vorhanden und sitzen korrekt				
11	Lifterbolzen mit Bund zur Aufnahme des Lifterbügels hat min. 4 mm Bundhöhe (mit Schieblehre nachmessen und Maß unter „Bemerkungen“ eintragen)					
12	Teflonscheibe zwischen Lifterbolzen und Lifterbügel vorhanden, min. 1 mm Dicke, ansonsten austauschen					
13	Klappmechanismus funktionsfähig					
14	Schiebegriff fest angeschraubt					
15	Federsicherungen und Stopfen an Lifter und Lifterbügel vorhanden					

Seriennummer : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

POS.	Gegenstand	OK	nicht OK	Bemerkungen	Instand-gesetzt am:
Elektrisches System					
16	Alle Kabel unbeschädigt und angeschlossen				
17	Not-Aus-Taster vorhanden und in Funktion (Keine Funktion bei gedrücktem Not-Aus, Re-Aktivierung nur durch Drehen)				
18	Ladegerät vorhanden und unbeschädigt, Anschlüsse sauber, orangefarbene Kontrollleuchte beim Ladebetrieb				
19	Ladefunktion ist gegeben				
20	Keine Liftfunktion bei Ladebetrieb				
21	Tippbetrieb des Handschalters funktioniert (Handschalter loslassen – Liftbetrieb stoppt)				
22	Handschalter inkl. Kabel und Zugentlastung unbeschädigt, Kontrollleuchten funktionieren (wenn vorhanden)				
23	Dichtungsring am Stecker des Handschalters vorhanden				
24	Steuerbox fest angeschraubt				
25	Akkupack ohne äußerliche Beschädigungen und Verformungen, Anschlüsse sauber, Verriegelung des Akkupacks rastet ein (Es wird empfohlen den Akkupack nach 4 Jahren auszutauschen.)				
26	Elektrische Steuerung über die Tasten der Steuerbox funktioniert				
27	Anzeigen / Displays funktionieren				
28	Beide Endschalter funktionieren (Antrieb schaltet oben und unten ab)				
29	Keine auffälligen Geräusche im Antriebsmotor				
30	Mechanische Notabsenkung funktionsfähig				
31	Fettablagerungen am Schubrohr entfernt				
32	Elektrische Fahrwerkspreizung funktioniert (wenn vorhaden)				
33	Prüfung des gesamten Hebezyklus mit maximaler Nennlast des Lifters nach EN 10535 Anhang B1				

☐ **Der Patientenlifter kann verwendet werden.**

☐ **Der Patientenlifter darf ab sofort nicht mehr verwendet werden und muss vor Weiterverwendung instand gesetzt werden.**
Eine entsprechende Kennzeichnung wurde angebracht. Die verantwortliche Person wurde in Kenntnis gesetzt und bestätigt dies hiermit durch ihre Unterschrift: _____

Position der verantwortlichen Person: _____ Name in Druckbuchstaben: _____

Datum: _____ Unterschrift Prüfer: _____

Nächste Wartung: _____ Name in Druckbuchstaben: _____

☐ **Alle Mängel wurden fachgerecht beseitigt. Der Patientenlifter kann verwendet werden.**

Datum: _____ Unterschrift Prüfer: _____

Nächste Wartung: _____ Name in Druckbuchstaben: _____