

Wartungsplan

SLK Carry Produktfamilie



Wellell Group

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Eco | <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Pro e |
| <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Classic | <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Pro L |
| <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Classic e | <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Pro L e |
| <input type="checkbox"/> SLK Carry 185 Pro | <input type="checkbox"/> SLK Carry Compact |

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 : _____ Herstellungsdatum: ___/___/_____

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	<ul style="list-style-type: none"> • lassen sich leichtgängig drehen • schwenkbar um 360° • unbeschädigt • Befestigungsschrauben fest angezogen • Bremsen funktionsfähig 						
		6	Schweißnähte in Ordnung/ keine Rissbildungen / keine Deformierungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Verschraubungen fest angezogen			<ul style="list-style-type: none"> • zwischen Fahrwerk und Standmast • zwischen Standmast und Hebearm (100 Nm Anzugsdrehmoment) • zwischen Fahrwerk und Füßen (100 Nm Anzugsdrehmoment) 				
		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 vorhanden)				
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: _____