Wartungsplan

SLK Eazy-up® Produktfamilie

☐ SLK Eazy-up® fix

☐ SLK Eazy-up® flex

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 ist 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 mit Trittbrett				
		• Standmast				
		• Hebearm				
		• Schiebegriff				
		• Motorhalterungen				
		• Schienbeinstütze				
7	Keine Oberflächenbeschädigung oder Korrosion					
8	Funktion der Fahrwerkspreizung leichtgängig (nur Eazy-up® flex)					
9	Bolzen mit SL-Sicherung in einwandfreiem Zustand (bei Einarbeitungen austauschen)					
10	Bolzen zur Fixierung des Hebearms vorhanden und in einwandfreiem Zustand (bei Einarbeitungen austauschen)					
11	Alle Verschraubungen fest angezogen, besonders:	• zwischen Fahrwerk und Standmast				
		• zwischen Standmast und Hebearm (100 Nm Anzugsdrehmoment)				
		• zwischen Fahrwerk und Füßen (nur Eazy-up® flex) (100 Nm Anzugsdrehmoment)				
	Im Fall von Seegering-Befestigung:	• Alle 4 Seegeringe an den Fußbefestigungen vorhanden und sitzen korrekt				
12	Schiebegriff fest angeschraubt					
13	Stopfen vorhanden					
14	Beim Schienbeinpolster soft sind Typenschild und Servicelabel vorhanden und lesbar. Am Polster sind keine Risse, Löcher, Schnitte, starke Gebrauchsspuren, Verschiebungen der Struktur am Gewebe oder Verformung durch Wärmeeinfluss zu erkennen. Es sind keine gerissenen, abgenutzten oder aufgelösten Nahtstellen sichtbar. Das Servicelabel wurde gekennzeichnet.					

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

POS.	Gegenstand	OK	nicht OK	Bemerkungen	Instand-gesetzt am:
Elektrisches System					
15	Alle Kabel unbeschädigt und angeschlossen				
16	Not-Aus-Taster vorhanden und in Funktion (Keine Funktion bei gedrücktem Not-Aus, Re-Aktivierung nur durch Drehen)				
17	Ladegerät vorhanden und unbeschädigt, Anschlüsse sauber, orangefarbene Kontrollleuchte beim Ladebetrieb				
18	Ladefunktion ist gegeben				
19	Keine Liftfunktion bei Ladebetrieb				
20	Tippbetrieb des Handschalters funktioniert (Handschalter loslassen – Liftbetrieb stoppt)				
21	Handschalter inkl. Kabel und Zugentlastung unbeschädigt, Kontrollleuchten funktionieren (wenn vorhanden)				
22	Dichtungsring am Stecker des Handschalters vorhanden				
23	Steuerbox fest angeschraubt				
24	Akkupack ohne äußerliche Beschädigungen und Verformungen, Anschlüsse sauber, Verriegelung des Akkupacks rastet ein (Es wird empfohlen den Akkupack nach 4 Jahren auszutauschen.)				
25	Elektrische Steuerung über die Tasten der Steuerbox funktioniert				
26	Anzeigen / Displays funktionieren				
27	Beide Endschalter funktionieren (Antrieb schaltet oben und unten ab)				
28	Keine auffälligen Geräusche im Antriebsmotor				
29	mechanische Notabsenkung funktionsfähig				
30	Fettablagerungen am Schubrohr entfernt				
31	Fahrwerkspreizung funktioniert (nur Eazy-up® flex)				
32	Prüfung des gesamten Hebezyklus mit 50% der maximalen 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: _____