

Wartungsplan

SLK Flyer Produktfamilie



- SLK Blue Flyer Compact
- SLK Blue Flyer Plus mit manueller Fahrwerkspreizung
- SLK Blue Flyer Plus mit elektrischer Fahrwerkspreizung
- SLK Flyer Plus mit manueller Fahrwerkspreizung
- SLK Flyer Plus mit elektrischer Fahrwerkspreizung
- SLK Flyer Maxi
- SLK Flyer XL

SLK Vertriebsgesellschaft mbH

Am Herdicksbach 18

D-45731 Waltrop

Telefon: +49 (0) 231 / 92 53 60 - 0

Internet: www.slk-gmbh.de

Seriennummer: _____

Herstelldatum: __ __ / __ __ __ __

| POS. | Gegenstand | OK | nicht OK | Bemerkungen | Instand-gesetzt am: |
|------|---|--|----------|-------------|---------------------|
| 1 | Kompatibilitätserklärung der Zubehör- und Gerätekombinationen vorhanden | | | | |
| 2 | Gebrauchsanweisung vorhanden | | | | |
| 3 | Typenschilder vorhanden und lesbar | | | | |
| 4 | Lifter im Originalzustand | | | | |
| 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 | Schraub-Bolzen und Bolzen mit SL-Sicherung in einwandfreiem Zustand (bei Einarbeitungen austauschen) | | | | |
| 10 | Verschraubungen fest angezogen | • zwischen Fahrwerk und Standmast | | | |
| | | • am Antrieb | | | |
| | | • zwischen Standmast und Hebearm | | | |
| | | • zwischen Fahrwerk und Füßen | | | |
| 11 | Bolzen mit Bund zur Aufnahme des Lifterbügels hat min. 4 mm Bundhöhe (mit Schieblehre nachmessen und Maß unter „Bemerkungen“ eintragen) | | | | |
| 12 | Klappmechanismus funktionsfähig | | | | |
| 13 | Schiebegriff (bei Flyer Plus und Flyer Maxi) fest angeschraubt | | | | |
| 14 | Bügelpolster vorhanden und unbeschädigt (bei Twin-Bügel) | | | | |
| 15 | Abdeckkappen und Stopfen an Lifter und Lifterbügel vorhanden | | | | |

| POS. | Gegenstand | OK | nicht OK | Bemerkungen | Instand-gesetzt am: |
|----------------------------|---|----|----------|-------------|---------------------|
| Elektrisches System | | | | | |
| 16 | Alle Kabel unbeschädigt und angeschlossen | | | | |
| 17 | Not-Aus Schalter vorhanden und in Funktion (Keine Funktion bei gedrücktem Not-Aus, Re-Aktivierung nur durch Drehen) | | | | |
| 18 | Ladegerät vorhanden und unbeschädigt, grüne Kontrollleuchte beim Ladebetrieb | | | | |
| 19 | Ladefunktion ist gegeben | | | | |
| 20 | Keine Liftfunktion beim Ladebetrieb | | | | |
| 21 | Keine auffälligen Geräusche im Motor | | | | |
| 22 | Beide Endschalter funktionieren (Antrieb schaltet oben und unten ab) | | | | |
| 23 | Tippbetrieb des Handschalters funktioniert (Handschalter loslassen – Liftbetrieb stoppt) | | | | |
| 24 | Elektrische Steuerung über die Tasten der Steuerbox funktioniert | | | | |
| 25 | Anzeigen / Displays funktionieren | | | | |
| 26 | Verriegelung des Akkupacks rastet ein | | | | |
| 27 | Steuerbox fest angeschraubt | | | | |
| 28 | Elektrische Fahrwerkspreizung funktioniert (wenn vorhanden) | | | | |
| 29 | Beide Haken für Kabelmanagement des Ladegerätes vorhanden | | | | |
| 30 | Handschalter inkl. Kabel und Zugentlastung unbeschädigt, Kontrollleuchten funktionieren (wenn vorhanden) | | | | |
| 31 | Dichtungsring am Stecker des Handschalters vorhanden | | | | |
| 32 | mechanische Notabsenkung funktionsfähig | | | | |
| 33 | Fettablagerungen am Schubrohr entfernt | | | | |
| 34 | Prüfung des gesamten Hebezyklus mit maximaler Nennlast des Lifters nach EN 10535 Anhang B1 | | | | |

Der Patientenlifter kann verwendet werden.

Der Patientenlifter muss vor Weiterverwendung instand gesetzt werden. (Eine entsprechende Kennzeichnung wurde angebracht.)

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: _____