

WASP L

PRÜFLISTE DER JÄHRLICHEN KONTROLLE

Firmenname:	
Prüfer:	
Prüfdatum:	
Ort:	
Lotnummer Bügel:	
Lotnummer Kugelkopf:	

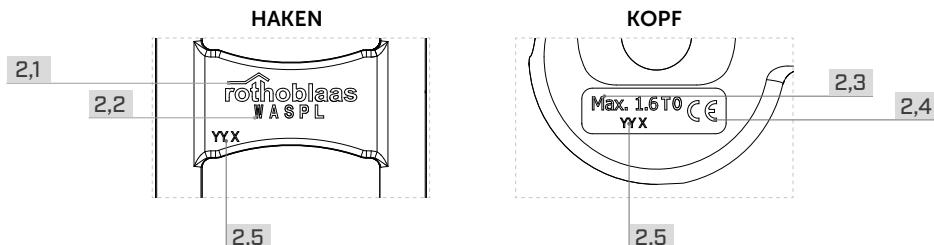


Abbildung 1 - Produktkennzeichnungen

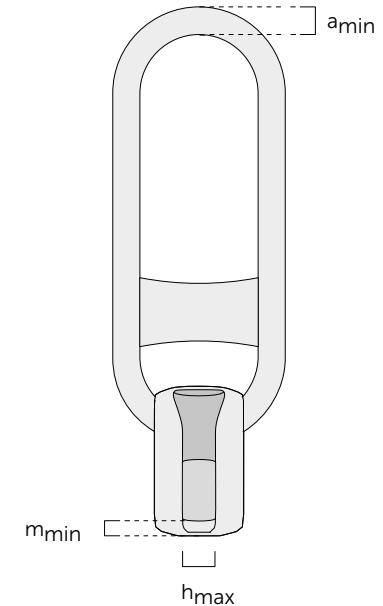


Abbildung 2 - Grenzmaße WASPL

Nr.	Prüfkriterium	Ergebnis	Handlungsbedarf	Erledigt?	Bemerkung
TECHNISCHE PRÜFKRITERIEN					
1.	Sind alle Beschriftungen gut lesbar? (siehe Abbildung 1) Herstellerlogo (Nr. 2.1 auf Bügel) Artikelnummer (Nr. 2.2 auf Bügel) Max. Tragfähigkeit (Nr. 2.3 auf Kugelkopf) CE-Kennzeichnung (Nr. 2.4 auf Bügel & Kugelkopf) Lotnummer (Nr. 2.5 auf Bügel & Kugelkopf) Produktionsjahr (Nr. 2.5 auf Bügel & Kugelkopf)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
2.	Kontrolle der Grenzmaße (Abbildung 2) • $h_{max} = \text{_____ mm} \leq 13,50 \text{ mm}$ • $m_{min} = \text{_____ mm} \geq 5,00 \text{ mm}$ • $a_{min} = \text{_____ mm} \geq 13,50 \text{ mm}$	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NEIN			
3.	Sind starke Korrosionserscheinungen zu erkennen ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
4.	Sind sonstige Abnutzungen zu sehen ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
5.	Wurden seit der letzten Inspektion Reparaturen an dem Produkt vorgenommen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

WASP L

PRÜFLISTE DER JÄHRLICHEN KONTROLLE

Nr.	Prüfkriterium	Ergebnis	Handlungsbedarf	Erledigt?	Bemerkung
ERFORDERLICHE DOKUMENTE UND ARBEITSABLÄUFE					
6.	Liegt die Betriebsanleitung vor?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
7.	Haben alle Anwender des Produktes eine Schulung zur korrekten Verwendung bekommen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
8.	Wird die erforderliche Sichtprüfung vor jeder Benutzung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
9.	Liegt das Prüfergebnis der letzten Überprüfung vor?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
10.	Ist sichergestellt, dass das Produkt nach Besonderen Vorkommnissen außerordentlich überprüft wird?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
11.	Wissen die Anwender über die Grenzen und Risiken des Hebeankers Bescheid?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
12.	Sonstige	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		

GESAMTBEURTEILUNG:
Prüfung bestanden?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nächste Prüfung am: (max. ein Jahr nach dieser Prüfung)	<input type="checkbox"/> Mängel wurden beseitigt <input type="checkbox"/> Produkt wurde ordnungsmäßig entsorgt.

Unterschrift Prüfer: _____