

Betriebsmittelprüfprotokoll

zur Wiederholungsprüfung elektrischer Geräte

Prüfer _____	Betrieb (Auftraggeber) _____
Auftragsnummer: _____	Kundennummer: _____
Prüfung nach: <input type="checkbox"/> DGUV V3 <input checked="" type="checkbox"/> DIN VDE 0702	
Elektrisches Gerät:	
Typ _____	Nennspannung _____ V
Hersteller _____	Nennstrom _____ A
Fabriknr. _____	Nennleistung _____ W
Inventarnr. _____	Frequenz _____ Hz
Schutzklasse _____	Phasen <input type="checkbox"/> 1-polig <input type="checkbox"/> 3-polig
Baujahr _____	

Sichtprüfung	i.O.	i.O.	i.O.
Zustand Isolierungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Schmorstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl/Anwendung von Leitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netzstecker, Klemmen, Adern, Pins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biegeschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugentlastung der Anschlussleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befestigungen und Leitungshalterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuse, Abdeckungen (Risse, Besch.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftfilter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dichtigkeit von Behältern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedienbarkeit von Steuereinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbarkeit sicherheitsrel. Aufschr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Messung	Messwert	Messwert	Messwert
Schutzleiterwiderstandsmessung	_____ Ω <input type="checkbox"/>	_____ Ω <input type="checkbox"/>	_____ Ω <input type="checkbox"/>
Isolationswiderstandsmessung	_____ MΩ <input type="checkbox"/>	_____ MΩ <input type="checkbox"/>	_____ MΩ <input type="checkbox"/>
Schutzleiterstrommessung	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>
Berührungsstrommessung	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>
Fehlerstromschutz FI Auslösestrom	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>	_____ mA <input type="checkbox"/>
Fehlerstromschutz FI Auslösezeit	_____ ms <input type="checkbox"/>	_____ ms <input type="checkbox"/>	_____ ms <input type="checkbox"/>
Funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfplakette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächster Prüftermin	_____	_____	_____
Hinweise			
Keine Mängel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mängel durch Reparatur beseitigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Mängel wurde hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerät nicht weiter verwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
Verwendetes Messgerät			
Dokumentation			
Ort	_____	_____	_____
Datum	_____	_____	_____
Unterschrift des Prüfers	_____	_____	_____