

Erst- und Wiederholungsprüfung ortsveränderlicher elektrischer Geräte

Prüf- und Messprotokoll

Nr.	Blatt _____ von _____	Kunden-Nr.:
Auftraggeber:	Auftrags-Nr.:	Auftragnehmer:
Gerät:	Prüfer/-in:	

Prüfung nach: DIN VDE 0701/0702 BGV A3

Neugerät Erweiterung Änderung Instandsetzung Wiederholungsprüfung

Gerätedaten:

Hersteller: _____ Nennspannung: _____ V cos φ: _____

Typ: _____ Nennstrom: _____ A Schutzklasse: I II III

Serien-Nr. _____ Nennleistung: _____ W Schutzart: IP _____

Ident.-Nr. _____ Frequenz: _____ Hz

Sichtprüfung	i.O.	n.i.O.	i.O.	n.i.O.	ja	nein		
Typenschild/Warnhinweise/ Kennzeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kühlluftöffnungen/Luftfilter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzeichen von Überlastung/ unsachgemäßem Gebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuse/Schutzabdeckungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schalter, Steuer-, Einstell- und Sicherheitsvorrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicherheitsbeeinträchtigen- de Verschmutzung/ Korrosion/Alterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anschlussleitung/-stecker, Anschlussklemmen und -adern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bemessung der zugänglichen Gerätesicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mechanische Gefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biegeschutz/Zugentlastung der Anschlussleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauteile und Baugruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unzulässige Eingriffe und Änderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befestigungen, Leitungshalterungen, Sicherungshalter, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Messungen	Grenzwert	Messwert	i.O.	n.i.O.	Bemerkungen
Schutzleiterwiderstand	Ω	Ω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Isolationswiderstand	MΩ	MΩ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzleiterstrom	mA	mA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Berührungsstrom	mA	mA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	mA	mA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Funktionsprüfung	i.O.	n.i.O.
Funktion des Geräts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verwendete Messgeräte	Fabrikat: _____ Typ: _____	Fabrikat: _____ Typ: _____	Fabrikat: _____ Typ: _____
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Prüfergebnis: keine Mängel festgestellt <input type="checkbox"/> Mängel festgestellt <input type="checkbox"/>	Prüfplakette erteilt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nächster Prüftermin: Monat: _____ Jahr: _____
---	--	--

Mängel/Bemerkungen:	Das elektrische Gerät entspricht den anerkannten Regeln der Elektrotechnik. Ein sicherer Gebrauch bei bestimmungsgemäßer Anwendung ist gewährleistet. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

Auftraggeber:	Prüfer/-in:
Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____	Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____