

Wartungsplan

SLK Flyer Produktfamilie



Wellert Group

- 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) 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 : _____ Herstellungsdatum: ____ / ____ / ____

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	Kompatibilitätserklärung der Zubehör- und Gerätekombinationen vorhanden					
2	Gebrauchsanweisung vorhanden					
3	Typenschilder vorhanden und lesbar					
4	Lifter im Originalzustand					
5	Laufrollen	<ul style="list-style-type: none"> • lassen sich leichtgängig drehen • schwenkbar um 360° • unbeschädigt • Befestigungsschrauben fest angezogen • Bremsen funktionsfähig 				
6	Schweißnähte in Ordnung/ keine Rissbildungen / keine Deformierungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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					

Seriennummer : _____

POS.	Gegenstand	OK	nicht OK	Bemerkungen	Instand-gesetzt am:
Elektrisches System					
21	Alle Kabel unbeschädigt und angeschlossen				
22	Not-Aus-Taster vorhanden und in Funktion (Keine Funktion bei gedrücktem Not-Aus, Re-Aktivierung nur durch Drehen)				
23	Ladegerät vorhanden und unbeschädigt, Anschlüsse sauber, grüne Kontrollleuchte beim Ladebetrieb				
24	Ladefunktion ist gegeben				
25	Keine Liftfunktion bei Ladebetrieb				
26	Tippbetrieb des Handschalters funktioniert (Handschalter loslassen – Liftbetrieb stoppt)				
27	Handschalter inkl. Kabel und Zugentlastung unbeschädigt, Kontrollleuchten funktionieren (wenn vorhanden)				
28	Dichtungsring am Stecker des Handschalters vorhanden				
29	beide Haken für Kabelmanagement des Ladegeräts vorhanden				
30	Steuerbox fest angeschraubt				
31	Akkupack ohne äußerliche Beschädigungen und Verformungen, Anschlüsse sauber, Verriegelung des Akkupacks rastet ein (Es wird empfohlen den Akkupack nach 4 Jahren auszutauschen.)				
32	Elektrische Steuerung über die Tasten der Steuerbox funktioniert				
33	Anzeigen / Displays funktionieren				
34	Beide Endschalter funktionieren (Antrieb schaltet oben und unten ab)				
35	Keine auffälligen Geräusche im Antriebsmotor				
36	mechanische Notabsenkung bei Easylev und Maxxiup funktionsfähig				
37	Fettablagerungen am Schubrohr entfernt				
38	Fahrwerkspreizung funktioniert (falls vorhanden)				
39	Prüfung des gesamten Hebezyklus nach EN 10535 Anhang B1, sinngemäß abgewandelt für Aktivlifter Verteilung der Maximallast: 50% auf dem Trittbrett, 50 % am Hebearm hängend. Letzter Prüfschritt: Maximallast auf das Trittbrett aufbringen				

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: _____