

Wartung			
<u>Betreiber (Arztstempel)</u>		<u>Hersteller / Vertreiber (ggf. Stempel)</u>	
Kd.Nr.			
1. Gerät			
Typ/Modell: _____		Geräte-Nr: _____	
Hersteller: _____		Baujahr: _____	
Sonde 1:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
Sonde 2:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
Sonde 3:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
Sonde 4:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
Sonde 5:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
Sonde 6:	Serien-Nr.:	Typ:	Frequenz:
2. Sichtprüfung			
Frei von Verschmutzung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Frei von mechanischen Defekten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufschriften gut lesbar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Monitor ohne Einbrennspuren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Typenschild vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Buchsen, Steckverbindungen, Netz Kabel, Sondenummantelungen in Ordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Elektrische Prüfung			
Prüfgerät: _____		SN: _____	
	Messwert	Sicherheitsrelevante Mängel	
Sichtprüfung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzleiterwiderstand ($R_{max} \leq 0,3 \Omega$)	Ω	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geräteableitstrom (Differenzstromverfahren) B/BF/CF $\leq 500 \mu A$	μA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Netzspannung	V	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ersatz – Patienten ableitstrom BF $\leq 5mA$ oder CF $\leq 50 \mu A$	<input type="checkbox"/> _____ mA <input type="checkbox"/> _____ μA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Funktionsprüfung (Etwaige Mängel unter Punkt 5 dokumentieren!)			
Gerät funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Farb-Doppler funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dokumentation funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Messfunktion funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Elektrische Sonden funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Akustische Linsen funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<small>(Bei bestehendem Kontakt zw. Hautoberfläche und Kristallkörper kann es zu Stromstößen kommen)</small>	
Sektorsonden funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Eindringen / Tiefenausgleich in Ordnung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PW/CW-Doppler funktionsfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

5. Ergebnis

- Keine Mängel
- Mängel; unter Berücksichtigung der Mängel ist das Gerät betriebsbereit und funktionsfähig
- Gerät darf nicht betrieben werden, da es erst eine Überprüfung und Wartung / Reparatur erfordert, aufgrund von möglicher Gefährdung von Patienten, Beschäftigten oder Dritten

Mängel benennen (inklusive Schallkopf/Sonden):

Unterschrift und Stempel Betreiber

Ort / Datum: _____ Wartungsdatum: _____

Prüfer: _____ Unterschrift: _____

Telefonnummer: _____
(Ansprechpartner)

Eine Wartung ist aufgrund folgender Problematik an diesem Gerät nicht durchführbar (Erklärung):

Unterschrift Hersteller / Vertreiber