|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Feuerwehr: |  |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prüfkarteiblatt: | | | Hebekissen > 1,0 bar (ÖNORM EN 13731) | | | | | | | | | | Blatt Nr.: | |  |
| Hersteller: | |  | | Lagerungsort: | | |  | | | | Lfd. Nr.: |  | | | |
| Lieferant: | |  | | Herstellungsjahr: | | |  | | | | Inv. Nr.: |  | | | |
| Prüfverfahren: jährliche Sicht- und Funktionsprüfung | | | | | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | Prüfung | | Prüfung | | Prüfung | Prüfung | Prüfung | | | Prüfung | Prüfung | |
| **Prüfdatum:** | | | |  | |  | |  |  |  | | |  |  | |
| **Sichtprüfung** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Kissen keine Einstiche, Einschnitte, Risse bzw. Schlaufen in Ordnung | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
|  | Füllanschluss frei von mechanischen Beschädigungen | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
|  | Zubehör vorhanden und in Ordnung | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
| **Funktionsprüfung** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Kissen mit 50% des Betriebsüberdruckes füllen | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
|  | Druckabfall nach 10 Minuten geringer als 10% | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
|  | Keine atypischen Ausbeulungen oder Verformungen | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
| **Befund:** | | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
| Name Geräteprüfer: | | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
| Unterschrift Geräteprüfer: | | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |
| Unterschrift Feuerwehrkommandant: | | | | |  |  | |  |  |  | | |  |  | |