

**Erst- und Wiederholungsprüfung  
ortsveränderlicher elektrischer Geräte**  
Prüf- und Messprotokoll

**Nur für Ausbildungs-  
und Prüfungszwecke  
zu verwenden!**

<b>Nr.</b>	Blatt von	Kunden-Nr.:
Auftraggeber:	Auftrags-Nr.:	Auftragnehmer:
Gerät:	Prüfer/-in:	

**Prüfung nach:** DIN VDE 0701/0702  DGUV Vorschrift 3

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"/>	Sicherheitsbeeinträchtigende 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**

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

**Verwendete Messgeräte**

Fabrikat/Typ:	Fabrikat/Typ:	Fabrikat/Typ:
Serien-/Ident.-Nr.:	Serien-/Ident.-Nr.:	Serien-/Ident.-Nr.:

**Prüfergebnis:** keine Mängel festgestellt  Mängel festgestellt

Prüfplakette erteilt: ja  nein

Nächster Prüftermin: Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Mängel/Bemerkungen:**

Das elektrische Gerät entspricht den anerkannten Regeln der Elektrotechnik. Ein sicherer Gebrauch bei bestimmungsgemäßer Anwendung ist gewährleistet.

ja   
nein

<b>Auftraggeber:</b>	<b>Prüfer/-in:</b>
Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____	Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____