



Prüfliste für die tägliche Kontrolle der Anlage durch Betreiber Ziffer 03.00.64

vor Inbetriebnahme der Anlage bitte alle zutreffenden Komponenten prüfen (DIN EN 13015) Datum: _____

Komponenten		i.O.	n.i.O	Bemerkung zu Anlage Nr.
Fahrtrichtung	aufwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe fährt nicht an _____
	abwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe fährt nicht an _____
Nothalt-Taster	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe stoppt nicht _____
Beleuchtung Kammlatte	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LEDs teils defekt _____
Kammsegmente (Zähne)	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Fremdkörper /Zahn abgebrochen _____
Kammsegmente (Zähne)	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Fremdkörper /Zahn abgebrochen _____
Beleuchtung Kammlatte	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LEDs teils defekt _____
Nothalt-Taster	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe stoppt nicht _____
Balustrade, Besteig Schutz, Abweiser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Risse, gesplittert, lose, fehlt _____
Edelstahl Abdeckbleche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. verschoben, verbogen, lose _____
2-maliger Durchlauf Stufenband/Stufen /				
Palettenband/Paletten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Geräusche, Trittsteg gebrochen _____
RESET Taster/Schalter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Schalter klemmt, o. Funktion _____
Handlauf - Oberfläche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Schnitte, Risse, Geräusche _____
Lichtschanke/Personenradar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion _____
Richtungssignale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LED defekt _____
Piktogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. beschädigt / fehlen _____

Komponenten		i.O.	n.i.O	Bemerkung zu Anlage Nr.
Fahrtrichtung	aufwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe fährt nicht an _____
	abwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe fährt nicht an _____
Nothalt-Taster	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe stoppt nicht _____
Beleuchtung Kammlatte	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LEDs teils defekt _____
Kammsegmente (Zähne)	oben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Fremdkörper /Zahn abgebrochen _____
Kammsegmente (Zähne)	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Fremdkörper /Zahn abgebrochen _____
Beleuchtung Kammlatte	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LEDs teils defekt _____
Nothalt-Taster	unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Treppe stoppt nicht _____
Balustrade, Besteigschutz, Abweiser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Risse, gesplittert, lose, fehlt _____
Edelstahl Abdeckbleche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. verschoben, verbogen, lose _____
2-maliger Durchlauf Stufenband/Stufen /				
Palettenband/Palette		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Geräusche, Trittsteg gebrochen _____
RESET Taster/Schalter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Schalter klemmt, o. Funktion _____
Handlauf - Oberfläche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. Schnitte, Risse, Geräusche _____
Lichtschanke/Personenradar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion _____
Richtungssignale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. o. Funktion, LED defekt _____
Piktogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z.B. beschädigt / fehlen _____

Name des Prüfers

Unterschrift