

Erst- und Wiederholungsprüfung elektrischer Anlagen

Prüf- und Messprotokoll

Nr.	Blatt _____ von _____	Kunden-Nr.:
Auftraggeber:	Auftrags-Nr.:	Auftragnehmer:
Anlage:	Prüfer/-in:	

Prüfung nach: DIN VDE 0100-600 DIN VDE 0105 BGV A3

Neuanlage Erweiterung Änderung Instandsetzung Wiederholungsprüfung

Netz: _____ / _____ V _____ Hz Netzsystem: TN-C TN-S TN-C-S TT IT

Verteilungsnetzbetreiber: _____

Besichtigen	i.O.	n.i.O.	Kategorie	i.O.	n.i.O.	Beschreibung	i.O.	n.i.O.
Auswahl der Betriebsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennzeichnung der Stromkreise und Betriebsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zugänglichkeit der Betriebsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trenn- und Schaltgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kennzeichnung N- und PE-Leiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hauptpotenzialausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandabschottungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiterverbindungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zus. örtl. Potenzialausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäudesystemtechnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schutz- und Überwachungsgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dokumentation/Warnhinweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabel, Leitungen und Stromschienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schutz gegen direktes Berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erproben	i.O.	n.i.O.	Kategorie	i.O.	n.i.O.	Beschreibung	i.O.	n.i.O.
Funktion der Anlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rechtsdrehfeld der Drehstromsteckdosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gebäudesystemtechnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktion der Schutz-, Sicherheits- und Überwachungseinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drehrichtung der Motoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Messen Stromkreisverteiler-Nr.: _____

Sicherung/Stromkreis Nr.	Zielbezeichnung	Leitung/Kabel		Überstrom-Schutzeinrichtung			Schleifen-widerstand, Kurzschluss-strom			Isolations-widerstand		Fehlerstrom-Schutzeinrichtung (RCD)				Berührungs-spannung		Schutz-leiter-widerstand
		Typ	Leiter Querschnitt An-schnitt-zahl (mm ²)	Art/Typ	I _n (A)	Z _s (Ω)	I _k (A)	R _{iso} (MΩ) ohne Verbraucher	I _n / Art	I _{Δn} (mA)	I _{mess} (mA)	Auslöse-zeit t _A (ms)	U _L ≤ _____ V	AC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/>	U _{mess} (V)	R _{PE low} (Ω)		
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															
			x															

Durchgängigkeit des Potenzialausgleichs Erdungswiderstand: R_E = _____ Ω

Fundamenterder <input type="checkbox"/>	Hauptwasserleitung <input type="checkbox"/>	Heizungsanlage <input type="checkbox"/>	EDV-Anlage <input type="checkbox"/>	Antennenanlage/BK <input type="checkbox"/>
Potenzialausgleichsschiene <input type="checkbox"/>	Hauptschutzleiter <input type="checkbox"/>	Klimaanlage <input type="checkbox"/>	Telefonanlage <input type="checkbox"/>	Gebäudekonstruktion <input type="checkbox"/>
Wasserzweischenzähler <input type="checkbox"/>	Gasinnenleitung <input type="checkbox"/>	Aufzugsanlage <input type="checkbox"/>	Blitzschutzanlage <input type="checkbox"/>	

Verwendete Messgeräte	Fabrikat: _____ Typ: _____	Fabrikat: _____ Typ: _____	Fabrikat: _____ Typ: _____
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

Prüfergebnis: keine Mängel festgestellt <input type="checkbox"/>	Mängel festgestellt <input type="checkbox"/>	Prüfplakette erteilt: ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Nächster Prüftermin: _____
				Monat: _____ Jahr: _____

Mängel/Bemerkungen:	Die elektrische Anlage entspricht den anerkannten Regeln der Elektrotechnik. Ein sicherer Gebrauch bei bestimmungsgemäßer Anwendung ist gewährleistet. ja <input type="checkbox"/>
	nein <input type="checkbox"/>

Auftraggeber:	Prüfer/-in:
Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____	Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____