

<input type="checkbox"/> Schlusskontrolle	<input type="checkbox"/> Abnahmekontrolle	<input type="checkbox"/> Periodische Kontrolle	Installations-Anzeige Nr. / vom: _____
<input type="checkbox"/> Neuanlage	<input type="checkbox"/> Erweiterung	<input type="checkbox"/> Änderung	<input type="checkbox"/> Bestehende Installationen <input type="checkbox"/> _____

Auftraggeber <input type="checkbox"/> Eigentümer <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Stromk. Name 1 _____ Name 2 _____ Strasse / Nr. _____ PLZ, Ort _____	Auftragnehmer <input type="checkbox"/> Elektro-Installateur <input type="checkbox"/> Kontrollorgan Name 1 _____ Name 2 _____ Strasse / Nr. _____ PLZ, Ort _____
---	--

Ort der Installation: _____	Gebäude Objekt: _____
_____	Stockwerk: _____
Anlage und Kontrollperiode(n): _____	Lage, Räume: _____

Stromkunde od. Zähler-Nr.: _____	Bemerkungen: _____
----------------------------------	--------------------

Installationsbeschreibung / Kontrollumfang:

Raum/Anlageteil	Verbraucher/Betriebsmittel		

Sichtprüfung:

<input type="checkbox"/> Richtige Auswahl und Anordnung der Betriebsmittel (Raumart) <input type="checkbox"/> Schutz gegen direktes Berühren <input type="checkbox"/> Beachtung vom Hersteller mitgelieferte technische Unterlagen <input type="checkbox"/> Abschalt- und Trennvorrichtungen <input type="checkbox"/> Sicherheitseinrichtungen / Anlage- und Revisionsschalter <input type="checkbox"/> Vorhandensein von Brandabschottung <input type="checkbox"/> Leitungsverlegung (Bemessung / Anordnung / Kennzeichnung) <input type="checkbox"/> Kennzeichnung der Stromkreise, Überstromunterbrecher etc. <input type="checkbox"/> Zugänglichkeit der Betriebsmittel	<input type="checkbox"/> Schutz-System: <input type="checkbox"/> TN-S <input type="checkbox"/> TN-C <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Hauptpotentialausgleich <input type="checkbox"/> Erder - <input type="checkbox"/> Fundament <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Zusätzlicher (örtlicher) Potentialausgleich <input type="checkbox"/> Anordnung der Busgeräte im Verteiler (Abstände) <input type="checkbox"/> Busleitungen / Aktoren gemäss höchster Spannung <input type="checkbox"/> Auswahl und Einstellung von Schutz- Überw.- Einrichtungen <input type="checkbox"/> Vorhandensein von Schaltplänen, Warn-, Verbotsschildern Schemata, Legende etc. <input type="checkbox"/> _____
---	--

Funktionsprüfung und Messung:

<input type="checkbox"/> Leitfähigkeit des Schutzleiters, Potentialausgleich <input type="checkbox"/> Automatische Abschaltung im Fehlerfall <input type="checkbox"/> Rechtsdrehfeld der Drehstromsteckdosen Gemessene Netzspannung (V): _____	<input type="checkbox"/> Funktion Fehlerstromschutzschalter <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Bemerkungen: _____
---	---

Verwendete Messgeräte nach IEC 1010 (Fabrikat und Typ) _____ _____	Prüfung durchgeführt nach <input type="checkbox"/> NIV 2002 <input type="checkbox"/> NIN SN 1000 (NIN 2000) <input type="checkbox"/> EN 60439 <input type="checkbox"/> EN 60204 <input type="checkbox"/> EN 50160 <input type="checkbox"/> Werkvorschrift
---	---

Stromkreis	Ort / Anlageteil Schaltg. Komb.	Leitung / Kabel		Überstromschutzrichtungen		Messungen			Fehlerstromschutz-einrichtung			
		Nr.	Bezeichnung	Art Typ	Leiteranz./ Quer. [mm²]	Art Charakt.	I _N [A]	I _{K max.} [A] L-PE/N	I _{K min.} [A] L-PE/N	R _{ISO} [MΩ]	I _N /Art [A]	I _{dN} [mA]

Schaltgerätkombination SK	<input type="checkbox"/> SK-Identifikation nach EN 60439 <input type="checkbox"/> Herstellererklärung mit Stückprüfung <input type="checkbox"/> SK in die Schlusskontrolle der Inst. miteinbezogen	<input type="checkbox"/> Anlagedokumentation übergeben <input type="checkbox"/> Schema <input type="checkbox"/> _____ Prüfergebnis: <input type="checkbox"/> Mängelfrei
---------------------------	--	---

Datum	Elektro-Kontrollleur: _____	Verantwortlicher Unternehmer: _____
-------	-----------------------------	-------------------------------------