



Inventar-Nr.: _____

Sichtprüfung:

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Leiterholme und Sprossen auf Risse, Absplitterungen, starke Verformung bzw. Abnutzung kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Verbindung zwischen Holm und Sprosse auf Festigkeit kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Alle Schraub und Nietverbindungen auf Festigkeit kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Schweißnähte auf Risse oder auffällige Mängel kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Korrosion an tragenden Bauteilen kontrollieren bzw. entfernen. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Fluchthaltigkeit der Leiter auf Verwindungen und Verbiegungen kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Sprossenbeläge auf Beschädigungen kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Leiterfüße auf starke Abnutzung oder andere Mängel kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Kennzeichnung vorhanden. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Die Auslösungen der Leitern auf Funktion, Beschädigungen und festen Sitz kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Seile auf Beschädigungen und richtige Befestigung bzw. Einstellung kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Führungen und Beschläge auf Beschädigung kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Die Seilbremse muss fest mit den Sprossen verbunden sein und einwandfrei funktionieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Spiel zwischen Leiter und Führungen kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Ausschubbegrenzungen auf vorhanden sein und festen Sitz kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Die Stützstangen bzw. der rutschfeste Überzug keine Schäden aufweist. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |
| Wandrollen auf Beschädigungen bzw. Abnutzung kontrollieren. | <input type="checkbox"/> i.O. | <input type="checkbox"/> nicht i.O. | _____ |

An der oben genannten Schiebleiter wurde die regelmäßige Belastungs- und Sichtprüfung gemäß GUV-G 9102 mit folgendem Ergebnis durchgeführt:

- Die Schiebleiter ist betriebssicher und darf weiter eingesetzt werden.
- Die Schiebleiter ist **nicht** betriebssicher und darf **nicht** weiter eingesetzt werden.

Prüfer: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____