

Datenblatt

Ölprobenentnahme Filterelementwechsel

Firma	_____	Branche	_____	
Adresse	_____	Telefon	_____	
Gerät / Maschine	_____	Fabrikat	_____	
Type / Model	_____	Fahrgestell- / Masch.-Nr.	_____	
Betriebsstunden	_____ h	Baujahr	_____	
Probennahme / Elementwechsel am	_____	durch	_____	
Betriebsstunden des Öls	_____ h	Antriebsleistung	_____ kW (_____ PS)	
Umwälzzeit über Filter vor Probenahme	_____ <input type="checkbox"/> min <input type="checkbox"/> h	von Firma	_____	
Betriebsstunden des Elements	_____ h	Tankinhalt	_____ <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> gal	
Filterbauart	_____	Bezeichnung des Öls	_____	
Filter Bezeichnung	_____	Betriebstemp max.	_____ <input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F	
Element Feinheit	_____ µm	<input type="checkbox"/> nom. <input type="checkbox"/> abs.	Verschmutzungsanzeige <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> opt. <input type="checkbox"/> elektr. <input type="checkbox"/> elektr./opt.	
Probenahmestelle	<input type="checkbox"/> vor Filter	<input type="checkbox"/> nach Filter	<input type="checkbox"/> aus Tank	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____	_____	
Probenahme über	<input type="checkbox"/> Entnahmeventil	<input type="checkbox"/> Minimess	<input type="checkbox"/> Saugflasche	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____	_____	
Hydrauliksystem	<input type="checkbox"/> Geschlossen	<input type="checkbox"/> Offen	<input type="checkbox"/> Belüftungsfiler	
	Type	_____	Fabrikat	_____
Hydraulikpumpe	<input type="checkbox"/> Regelbar	<input type="checkbox"/> Konstant	Bauart	_____
	Type	_____	Fabrikat	_____
	Volumenstrom	_____ <input type="checkbox"/> l <input type="checkbox"/> gal	Betriebsdruck max.	_____ <input type="checkbox"/> bar <input type="checkbox"/> psi
Einsatzgebiet	<input type="checkbox"/> Straßenbau	<input type="checkbox"/> Steinbruch	<input type="checkbox"/> Werkzeugmaschine	<input type="checkbox"/> Spritzgießmaschine
	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____	_____	_____
Wartung	Letzter Ölwechsel bei	_____	Betriebsstunden am	_____
	Vorgeschriebener Ölwechsel alle	_____	Betriebsstunden bzw.	_____ Monate
	Letzter Elementwechsel / Reinigung bei	_____	Betriebsstunden am	_____
	Vorgeschriebener Elementwechsel alle	_____	Betriebsstunden bzw.	_____ Monate
Reparaturen	<input type="checkbox"/> Nein			
	<input type="checkbox"/> Ja, bei	_____ Betriebsstunden	Art der Reparatur	_____
Ansprechpartner bei Rückfragen	_____	Telefon / E-Mail	_____	_____

Bestätigung: Wir bestätigen, dass die entnommene(n) Ölproben(n) keine PCB (polychlorierte Biphenyle) und / oder PCT (polychlorierte Terphenyle) enthalten.

Ort _____ Datum _____ Stempel und Unterschrift _____