

**Folgeinspektion:** Nach einem weiteren Jahr nach der letzten Inspektion oder bereits vorher nach einer besonderen Beanspruchung

Seriennummer: <b>SN</b> _____	i.O./ durchgeführt	n.i.O.	behooben
Überprüfung aller Schrauben/ Befestigungselemente auf festen Sitz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigen und Ölen/ Fetten aller Gelenkpunkte, Steckachsen und Lager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sichtprüfung von Rahmen- und Anbauteilen hinsichtlich Rissbildungen, Verformungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung der Schiebegriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung des Bremssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung der Kippstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung des Sitz- und Rückensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung der Antriebsräder und ggf. Austausch der Bereifung am Produkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Radspur und der Antriebsradbuchse auf festen Sitz (Anzugsdrehmoment 70 Nm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung der Lenkräder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Lenkradachse auf festen Sitz (Anzugsdrehmoment 7 Nm) und der richtigen Einstellung der Lenkradgabelrehachse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktions-/ Sicherheitsüberprüfung der Fußstütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testfahrt/ Funktionstest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i.O./ durchgeführt = in Ordnung | n.i.O. = nicht in Ordnung | behoben = der Fehler wurde behoben

**Bemerkungen:**

**Reha-Fachhandel:**

---



---

**Ansprechpartner Vorname & Name:**

---

**Stempel:**

---

Datum/ Unterschrift

Zur Erhaltung der Gewährleistungsansprüche muss die ausgefüllte Inspektionsliste vier Wochen nach Abschluss der Inspektion bei PRO ACTIV per Mail oder postalisch eingesendet werden.