

Druckprüfprotokoll Gas

Strasse: Nr: Ort:

Installationsfirma: Kontaktperson:

Mit der Prüfung beauftragte Person:

Tel. Geschäft / Mobile:

E-Mail:

Prüfstrecke: von..... bis..... Prüfdruck..... mbar

Prüfmedium: ☐ Luft ☐ Stickstoff ☐

Messgerät: ☐ Manometer mit Handpumpe ☐ Elektr. DP-Gerät ☐ U-Rohr ☐

Datum der Druckprüfung: **Uhrzeit von:** **bis:**

Betriebsdruck Niederdruck ND < 100 mbar				Betriebsdruck Mitteldruck MD > 100 bis 1 bar			
1. Armaturen ☐ ausgebaut ☐ eingebaut				1. Armaturen ☐ ausgebaut ☐ eingebaut			
1.2 Prüfung: Vorkontrolle ☐ Hauptkontrolle ☐				1.1 Prüfdruck ☐ mind. 2 bar ü. Betriebsdruck 1.2 Prüfung: Vorkontrolle ☐ Hauptkontrolle ☐			
Leitungsvolumen		Anpassungszeit		mind. Prüfdauer			
< 50 l	☐	10 min.	☐	 min.	☐		
> 50 l = l	☐	10 min.	☐	 min.	☐		
> 400 l = l	☐	10 min.	☐	 min.	☐		
Für die Druckprüfung der Gasgeräte sind die Herstellerangaben zu beachten				Bei über 400 l Inhalt sind spezielle Bedingungen zu beachten > Gasrichtlinien G1 Art. 13.3.1			
Bei über 400 l Inhalt sind spezielle Bedingungen zu beachten > Gasrichtlinien G1 Art. 13.3.1				Bei über 400 l Inhalt sind spezielle Bedingungen zu beachten > Gasrichtlinien G1 Art. 13.3.1			
Prüfdruck während der Prüfzeit gefallen ja ☐ nein ☐				Prüfdruck, während der Prüfzeit gefallen ja ☐ nein ☐			
Die Anlage ist dicht ja ☐ nein ☐				Die Anlage ist dicht ja ☐ nein ☐			
Druckschreiber-Protokoll ja ☐ nein ☐				Druckschreiber-Protokoll ja ☐ nein ☐			

Bemerkungen:

.....

Ort / Datum: Firmenstempel / Unterschrift:

Senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Prüfprotokoll Gas an installationskontrolle@ibi.ch.