Installationsvoraussetzungen

Thermodesinfektor HYG 3

Zu prüfende Voraussetzungen für Ihren neuen HYG 3

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die baulichen Voraussetzungen in Ihrer Praxis vor der Lieferung Ihres neuen HYG 3 zu prüfen. Hierfür haben Sie 3 Möglichkeiten:

1

Sie prüfen die Voraussetzungen selbst, füllen dieses Dokument aus und senden es unterschrieben mit eventuellem Bildmaterial an uns zurück.

2

Sie beauftragen selbst einen Fachbetrieb mit passender Konzession (bspw. Elektro, Sanitär, Schreiner, o. Ä.) und senden dieses Dokument anschließend an uns zurück.

3

Sie melden sich bei uns und wir senden einen Servicetechniker unseres Partners zu Ihnen. Dieser prüft die Gegebenheiten und stellt Ihnen eine gesonderte Rechnung.

! Das ausgefüllte und unterschriebene Dokument senden Sie bitte zurück an **vertrieb@icmedical.de** oder per Fax an **07181 70 60 99.**

Bei Rückfragen helfen Ihnen unsere Vertriebsmitarbeiter unter der Telefonnummer **07181 70 60 70.**

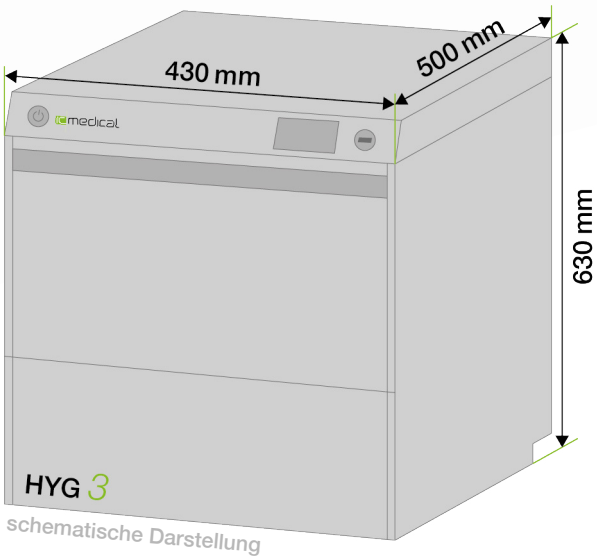
Platzbedarf

Wohin soll Ihr Thermodesinfektor gestellt werden? Bitte ankreuzen.

☐ **HYG 3 Auftischgerät**

Geräteabmessungen: HxBxT: 630 x 430 x 500 mm

Platzbedarf: HxBxT: 630 x 430 x 500 mm

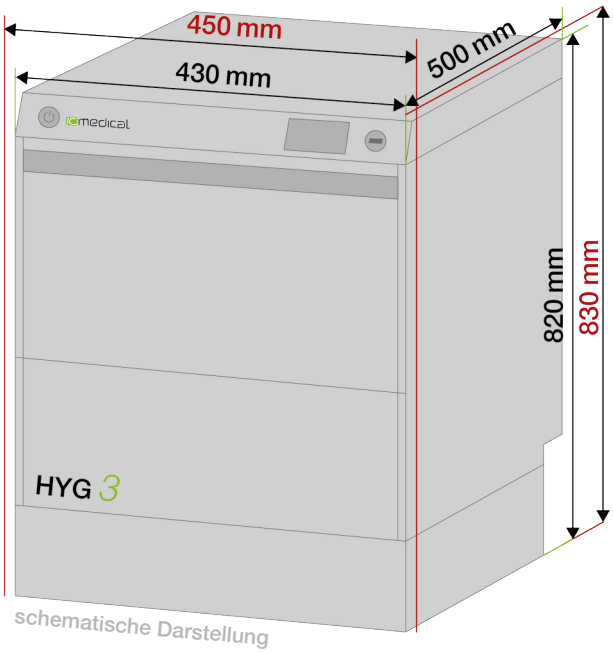


schematische Darstellung

☐ **HYG 3 Einbaugerät**

Geräteabmessungen: HxBxT: 820 x 430 x 500 mm

Platzbedarf: HxBxT: **830** x **450** x 500 mm
(+ ca. 10 mm je Seitenwand rechts und links und nach oben)

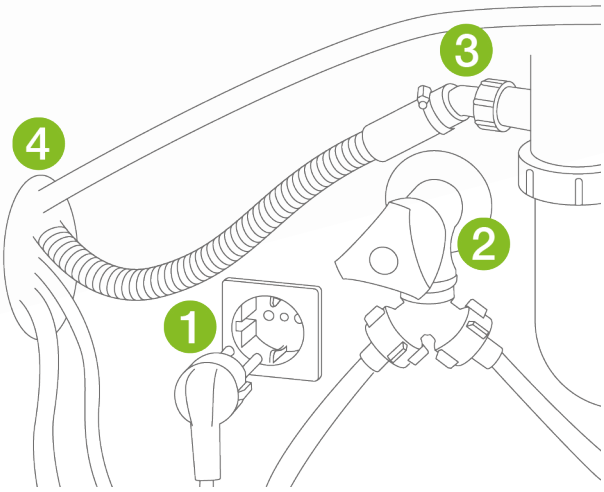


schematische Darstellung

! Bitte beachten Sie die Maßangaben und messen Ihre Räumlichkeiten aus.

Anschlüsse

Sind alle Anschlüsse in der richtigen Form vorhanden? Bitte abhaken.
Sollten Ihre Anschlüsse nicht passen, notieren Sie dies bitte unten.



schematische beispielhafte Darstellung

☐ **1 Stromanschluss**

220 – 240 V | 50 Hz | 16 A | 30 mA
Länge Netzleitung Gerät: max. 1,90 m

! ☐ Getrennter Stromkreis mit eigener Überlastsicherung (Nennwert 16 A)*

! ☐ Zusätzlicher Fehlerstrom-Schutzschalter (FI-Schalter) mit 30 mA Nennwert*

! ☐ Keine Adapter oder Mehrfachsteckdosen dazwischen geschaltet*

☐ **2 Kaltwasseranschluss**

3/4 Zoll

☐ **3 Abwasseranschluss**

Abwasserschlauch DN 19 (= Schlauch Innendurchmesser 19 mm)

! ☐ Zu- und Abwasseranschlüsse müssen bauseits fachmännisch angebrachte Festwasseranschlüsse sein.

! ☐ Die maximale Förderhöhe der Abwasserpumpe beträgt ab Geräteboden 1,13 m.

☐ **4 Zuführung Anschlüsse**

Durchbohrungen zur Durchführung der Schläuche und Kabel müssen vorhanden sein und ca. 70 mm im Durchmesser haben.

! ☐ Achten Sie darauf, dass an den nötigen Durchbohrungen keine scharfen Kanten entstehen. Diese können die durchgeführten Kabel beschädigen.

☐ **Folgende Anschlüsse passen nicht:**

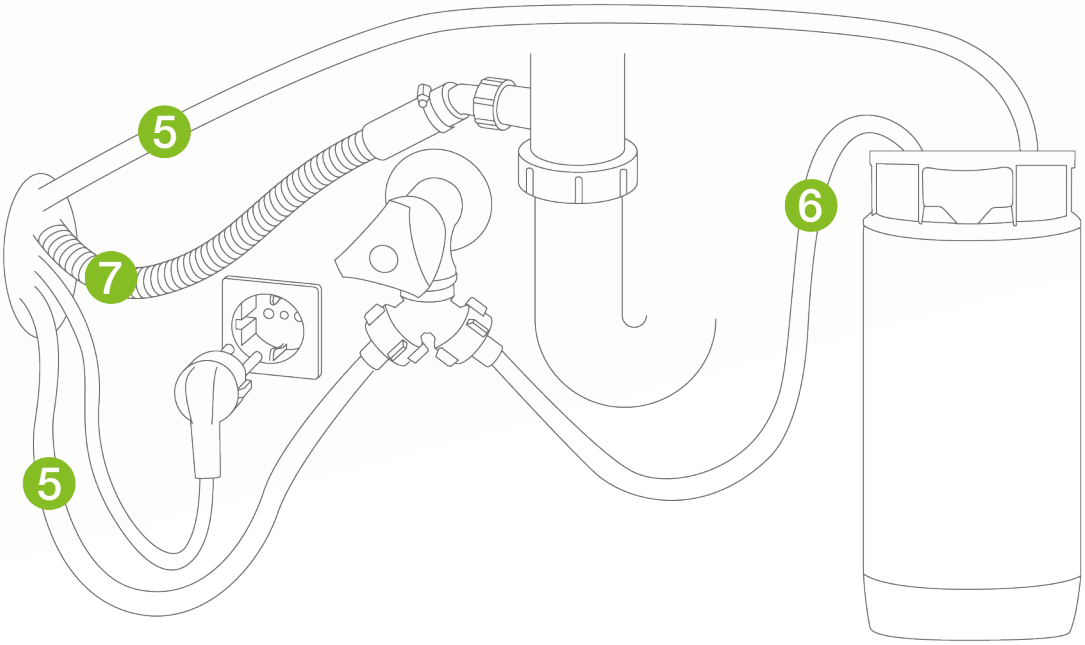
_____

_____

*Abweichungen von diesen Vorgaben führen zum Verlust jeglicher Gewährleistung.
Eventuell dadurch entstehende Schäden oder Reparaturkosten werden von der IC Medical GmbH nicht übernommen.

Schläuche

Passen die mitgelieferten Schläuche bei Ihnen? Bitte abhaken.



schematische beispielhafte Darstellung

☐ **5 2x Zuwasserschlauch**
Länge: jeweils 2 m

☐ **Ich benötige eine andere Länge:**

☐ **6 Zuwasserschlauch Ionentauscherkartusche**
Länge: 1,5 m

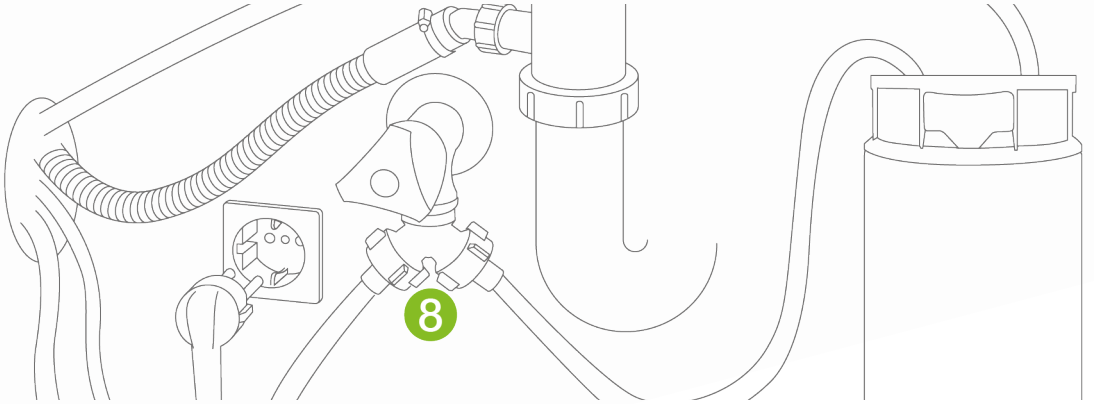
☐ **Ich benötige eine andere Länge:**

☐ **7 Abwasserschlauch**
Länge: 2,5 m

☐ **Ich benötige eine andere Länge:**

Wasseraufbereitung

Wie möchten Sie Ihr Wasser aufbereiten? Bitte ankreuzen.



schematische beispielhafte Darstellung

☐ **IC Ionentauscherkartusche – 25 Liter**

25 Liter | Artikelnummer 105 217 | Platzbedarf HxBxT: 610 x 270 x 270 mm

☐ **IC Ionentauscherkartusche – 18 Liter**

18 Liter | Artikelnummer 105 044 | Platzbedarf HxBxT: 490 x 239 x 239 mm

☐ **Ich besitze bereits eine Kartusche zur Wasseraufbereitung**

Hersteller: _____

Modell: _____

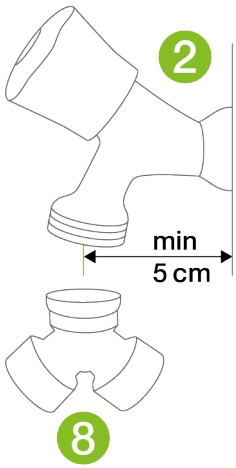
☐ **Ich besitze bereits eine Umkehrosmoseanlage**

Hersteller: _____

Modell: _____

☐ **Mindestabstand zwischen Wand und Wasseranschluss**

5 cm



! Für die Installation der Ionentauscherkartusche muss ein im Lieferumfang enthaltenes Y-Stück 8 am Kaltwasseranschluss angebracht werden. Bei senkrechter Ausrichtung Ihres Anschlusses wird ein Mindestabstand zur Wand benötigt. Bei waagerechter Ausrichtung Ihres Anschlusses kann der Mindestabstand ignoriert werden.

Ihre Räumlichkeiten

Bitte geben Sie uns ein paar Informationen über Ihre Räumlichkeiten.

Gibt es einen Aufzug im Gebäude?

In welchem Stockwerk befindet sich Ihre Praxis?

Ist es möglich direkt vor dem Gebäude zu parken?

Wenn nicht, wo können unsere Servicetechniker parken?

Gibt es andere Besonderheiten, die beachtet werden müssen?

! Gerne können Sie uns zusätzlich auch Bilder Ihrer Räumlichkeiten oder anderer Besonderheiten zusenden.

Altgerätemitnahme

Besitzen Sie ein Altgerät?

Besitzen Sie ein Altgerät, dass unsere Servicepartner bei der Lieferung entsorgen sollen?
Bitte nennen Sie uns in diesem Fall alle relevanten Angaben, wie Hersteller, Modell und Größe des Gerätes.

Allgemeine Hinweise

Bitte bestätigen Sie uns, dass Sie die Hinweise gelesen und verstanden haben.

- ☐ Sind die Installationsvoraussetzungen in Ihrer Praxis nicht vorhanden und der Servicetechniker kann aufgrund dessen das Gerät nicht installieren, werden die dadurch entstandenen Kosten in Rechnung gestellt.
- ☐ Bitte beachten Sie, dass IC Medical keine bauseitigen Veränderungen in Ihrem Aufbereitungsraum vornehmen darf, dies muss von einem Fachbetrieb mit passender Konzession erfolgen.
- ☐ Der Thermodesinfektor muss mit allen vier Füßen auf einer ebenen Fläche stehen.
- ☐ Im Umgebungsbereich des Thermodesinfektors kann Kondenswasser entstehen. Für Feuchtigkeitsschäden am Mobiliar wird keine Haftung übernommen.

Sonstige Anmerkungen

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Haben Sie zusätzliches Bildmaterial, dass Sie uns mit diesem Dokument zusenden?

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bildname: _____ Bezug: _____

Bestätigung der Prüfung

Durch wen wurden die Inhalte dieses Dokumentes geprüft?

☐ **Ich habe die Prüfung der Installationsvoraussetzungen selbst durchgeführt.**

Vor-/Nachnahme: _____

Anschrift: _____

Datum der Prüfung: _____

☐ **Folgende/r Mitarbeiter/in hat die Prüfung der Installationsvoraussetzungen durchgeführt:**

Vor-/Nachnahme: _____

Anschrift: _____

Datum der Prüfung: _____

☐ **Folgende Fachbetrieb hat die Prüfung der Installationsvoraussetzungen durchgeführt:**

Name: _____

Anschrift: _____

Datum der Prüfung: _____

☐ **Ein Servicetechniker unserer Partnerfirma hat die Installationsvoraussetzungen geprüft:**

Vor-/Nachnahme: _____

Anschrift: _____

Datum der Prüfung: _____

! Alle Voraussetzungen in diesem Dokument wurden überprüft und wurden verstanden/sind vorhanden.
Der Thermodesinfektor kann installiert werden.

_____

Datum, Unterschrift

! Es sind noch nicht alle Voraussetzungen für die Installation erfüllt.
Der Thermodesinfektor kann NICHT installiert werden.

_____

Datum, Unterschrift

Die Anpassungen werden bis zum folgenden Datum durchgeführt: _____

12.2022 | V 3.1 | techn. Änderungen vorbehalten