

# Installationsvoraussetzungen

## Thermodesinfektor HYG 5

*Zu prüfende Voraussetzungen für Ihren neuen HYG 5*

**Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,**

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die baulichen Voraussetzungen in Ihrer Praxis vor der Lieferung Ihres neuen HYG 5 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**.



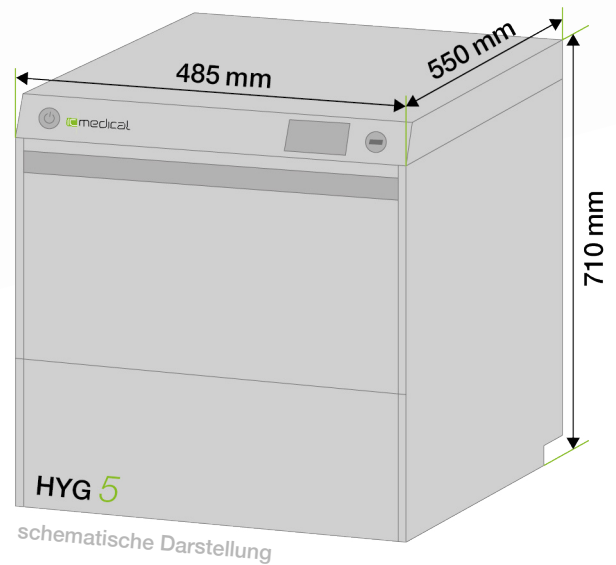
## Platzbedarf

Wohin soll Ihr Thermodesinfektor gestellt werden? Bitte ankreuzen.

### HYG 5 Auf Tischgerät

Geräteabmessungen: HxBxT: 710 x 485 x 550 mm

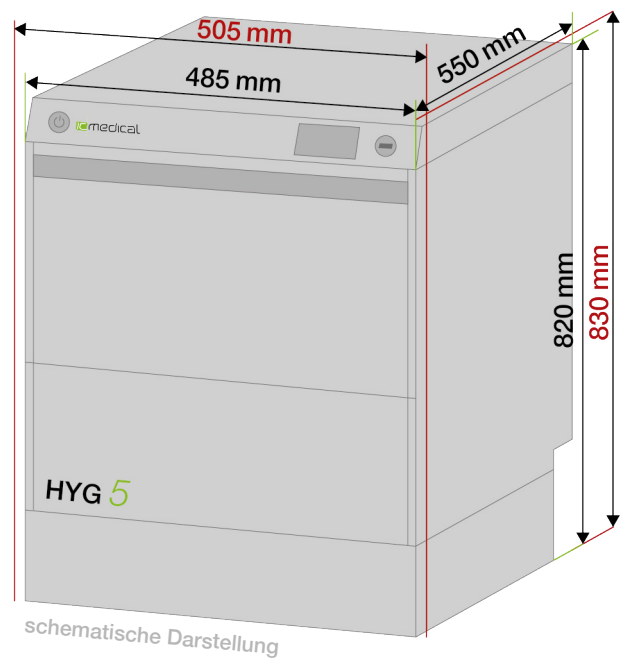
Platzbedarf: HxBxT: 710 x 485 x 550 mm



### HYG 5 Einbaugerät

Geräteabmessungen: HxBxT: 820 x 485 x 550 mm

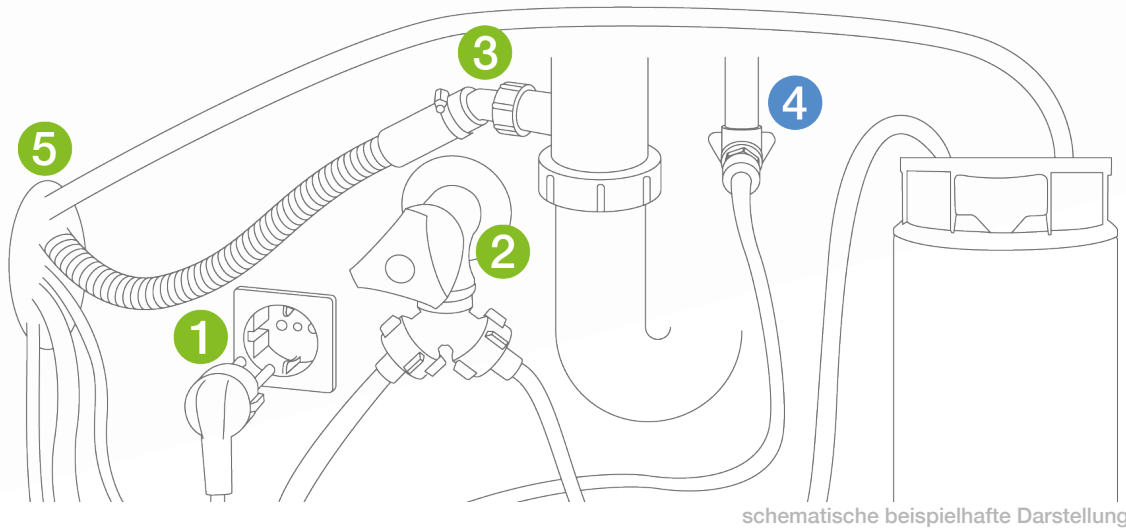
Platzbedarf: HxBxT: **830 x 505** x 550 mm  
(+ ca. 10 mm je Seitenwand rechts und links und nach oben)



**!** 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 auf der nächsten Seite.



schematische beispielhafte Darstellung

### 1 Stromanschluss

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

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

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

! Keine Adapter oder Mehrfachsteckdosen  
dazwischen geschaltet\*

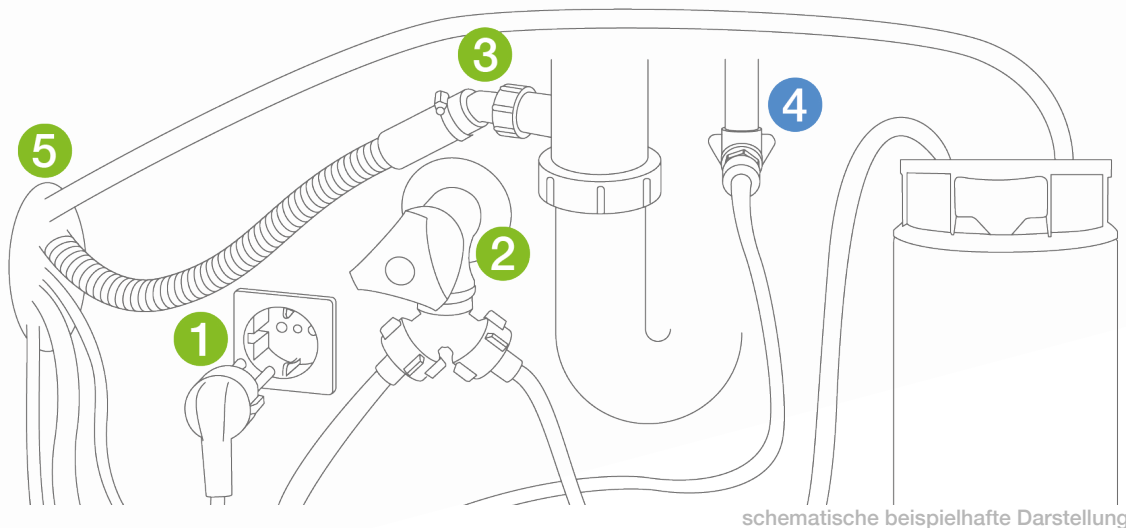
### 2 Kaltwasseranschluss

3/4 Zoll

### 3 Abwasseranschluss

Abwasserschlauch DN 19 (= Schlauch Innendurchmesser 19 mm)

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



Zu- und Abwasseranschlüsse müssen bauseits fachmännisch angebrachte Festwasseranschlüsse sein.



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



**Optional beim Modell mit AIR-Komponente:**

**4 Druckluftanschluss**

Wenn Sie ein Modell mit AIR-Komponente bestellt haben, beachten Sie bitte [Seite 6](#).

**5 Zuführung Anschlüsse**

Durchbohrungen zur Durchführung der Schläuche und Kabel müssen vorhanden sein und ca. 70mm 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:**

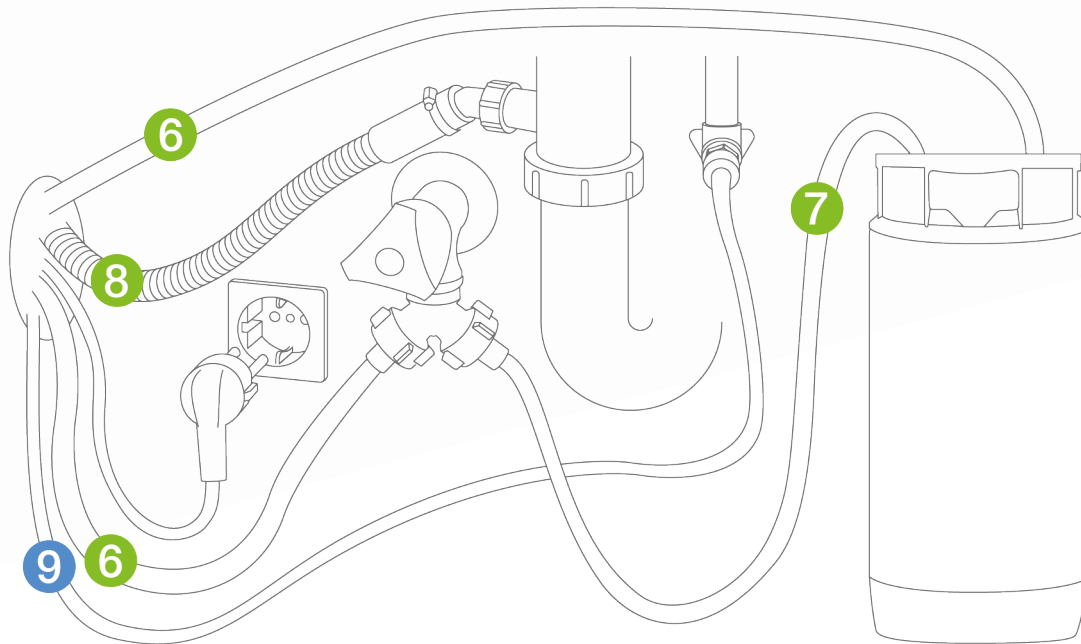
---



---

## Schläuche

*Passen die mitgelieferten Schläuche bei Ihnen? Bitte abhaken.*



schematische beispielhafte Darstellung

**6** 2x Zuwasserschlauch

Länge: jeweils 2m

Ich benötige eine andere Länge:

---

**7** Zuwasserschlauch  
Ionentauscherkartusche

Länge: 1,5m

Ich benötige eine andere Länge:

---

**8** Abwasserschlauch

Länge: 2,5m

Ich benötige eine andere Länge:

---

**!** Optional beim Modell mit AIR-Komponente:

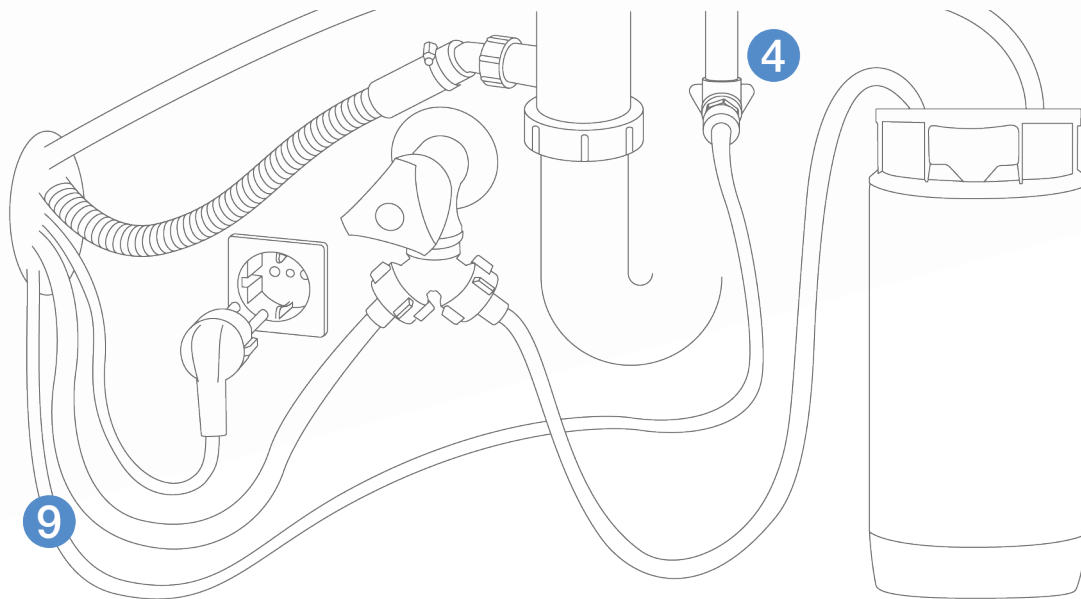
**9** Druckluftschlauch bis zum Gerät

Wenn Sie ein Modell mit AIR-Komponente bestellt haben, beachten Sie bitte [Seite 6](#).

## AIR-Komponente Besonderheiten

Bitte beachten, wenn Sie ein Modell mit AIR-Komponente bestellt haben.

Ich habe kein Modell mit AIR-Komponente bestellt.



schematische beispielhafte Darstellung



### 4 Druckluftanschluss

6 bar empfehlender Druck  
Am Gerät befindet sich kein Druckminderer.

Nationale Vorschriften zur Qualität der Luft – falls vorhanden – wurden beachtet und sind eingehalten. (Wir empfehlen medizinische Luft)

Luftleitung muss vor Inbetriebnahme durchgeblasen werden.

Drucktaupunkt < -30°C (Kompressor mit Trockenluftanlage)

Ölgehalt < 0,1mg/m<sup>3</sup> (Ölfreier Kompressor)

Verunreinigung < 100 Partikel/m<sup>3</sup> bei Partikelgrößen von 1 bis 5 µm

Bauseitiges Absperrventil ist nötig.



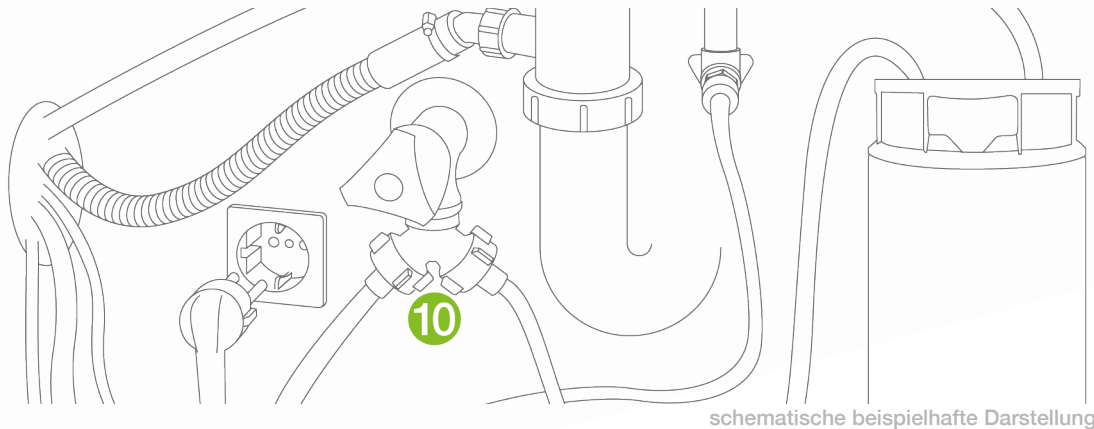
### 9 Druckluftschlauch bis zum Gerät

6x1mm

Diese Leitung muss in Ihren Praxisräumen zur Installation des Thermodesinfektors bereits bestehen. Die Leitung muss bis zum Gerät reichen. Der Druckluftschlauch wird nicht mitgeliefert.

## Wasseraufbereitung

Wie möchten Sie Ihr Wasser aufbereiten? Bitte ankreuzen.



### 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: \_\_\_\_\_

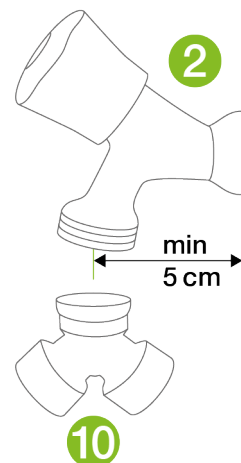
### Ich besitze bereits eine Umkehrosmoseanlage

Hersteller: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

### Mindestabstand zwischen Wand und Wasseranschluss

5 cm



- ! Für die Installation der Ionentauscherkartusche muss ein im Lieferumfang enthaltenes Y-Stück **10** 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, das Sie uns mit diesem Dokument zusenden?**

Bildname: _____	Bezug: _____
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:** \_\_\_\_\_