

Datum, Uhrzeit: _____ Meister/Monteur: _____

Auftragsnummer: _____ amtl. Kennzeichen: _____

Kundenname: _____ Fahrzeug (Hersteller, Typ): _____

Anschrift: _____ Kilometerstand: _____

Telefon: _____ Nächste HU/AU: _____

Prüfpunkt

		i.O.	n.i.O.	behaben	Bemerkung
Beleuchtungsanlage	Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Scheinwerfereinstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scheibenwischanlage	Funktion u. Zustand Wischerblätter/Waschdüsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Scheibenwaschanlage ggf. auffüllen, Frostschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Windschutzscheibe	Sichtprüfung (Kratzer, Steinschlag etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feinstaubplakette	Prüfung auf Vorhandensein und Korrektheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klimaanlage/Heizung	Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hupe	Funktionsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Batterie	Prüfung (Ladezustand, Pole etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keilrippenriemen	Prüfung (Zustand, Spannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motorölstand	Kontrolle, ggf. auffüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motor	Prüfung auf Ölverlust und Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kühlsystem	Prüfung, ggf. auffüllen, Prüfung Frostschutzgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bremsanlage	Sichtprüfung auf Verschleiß und Dichtheit,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prüfung Bremsleitungen und -schläuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bremsflüssigkeit	Prüfung des Bremsflüssigkeitsstandes, ggf. Wechsel Bremsflüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrwerk/Lenkung	Sichtprüfung auf Zustand und Verschleiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterboden	Sichtprüfung auf Beschädigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abgasanlage	Sichtprüfung auf Zustand und Dichtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reifen	Sichtprüfung Profil, Laufbild, Zustand, Überprüfung Luftdruck (ggf. für volle Beladung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Profiltiefe VR: _____ mm VL: _____ mm HR: _____ mm HL: _____ mm				
Pannenset	Vollständigkeit (Kompressor), Verfallsdatum Reifendichtmittel, alternativ Reserverad (Luftdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reifendichtmittel, haltbar bis: _____
Verbandskasten, Warnweste/-dreieck	Prüfung auf Vollständigkeit und Verfallsdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verbandskasten haltbar bis: _____

Prüfergebnis / weiteres Vorgehen:

- Ihr Fahrzeug weist nach der Durchsicht anhand vorliegender Checkliste **keine Mängel** auf.
- Bei der Durchsicht Ihres Fahrzeugs sind uns folgende **Mängel** aufgefallen, die zu Ihrer Sicherheit **möglichst bald** behoben werden müssen:

Mangel	Kostenvoranschlag

Unterschrift Kunde

Unterschrift Meister/Monteur