

# Prüfbefund Gas

gemäß § 12 des NÖ Gassicherheitsgesetzes 2002  
wiederkehrende Überprüfung der Gasanlage gemäß ÖVGW – Richtlinie G10

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Anlagenbetreiber: \_\_\_\_\_

Gaszähler-Nr.: \_\_\_\_\_

Anlagenadresse (Str./Nr./PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

## Überprüfungsumfang

	Prüfung auf Dichtigkeit		Prüfung bei Betriebsdruck		Gebrauchsfähigkeit				visuelle Überprüfung		Mangel (Nr.)
	dicht	undicht	dicht	undicht	Leckrate l/h	4 Wochen	12 Monate	keine	in Ordnung	nicht in Ordnung	
Verteilungsleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Verbrauchsleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Gaszähleranlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Geräteanschlussleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Armaturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Abgasführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

## Gasgeräte/Verbrennungsluftzuführung

Bezeichnung <sup>1)</sup>	Hersteller	Type	Bauart	Züandsicherung <sup>2)</sup>	NWB (KW)	in Ordnung <sup>3)</sup>	Mangel (Nr.)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

1) K=Kocher, H=Herd, DWH=Durchlaufwasserheizer, VWH=Vorratswasserheizer, KK-D=Kombi-Kessel/Durchlauf, KK-S=Kombi-Kessel/Speicher, GBB=Gebälsebrenner, HK=Heizkessel, KRH=Konvektionsraumheizer, HSH=Heizstrahler/Hell, HSD=Heizstrahler/Dunkel, DIV=diverse Geräte

2) K=Keine Züandsicherung, TZ=Teilzüandsicherung, VZ=Vollzüandsicherung

3) Die Verbrennungsluftzuführung bei Bauart B1 mit einer Gesamt NWB < 50 kW wurde mit Bemessung lt. ÖVGW Richtlinie G 1 oder mit Nachweismethode lt. ÖVGW Richtlinie G 12 ermittelt.

## Mangelbeschreibung (wenn Mangel festgestellt)

Gasanlage wurde gesperrt       Gesamte Gasanlage wurde wieder in Betrieb genommen

Mangel (Nr.)	Beschreibung

Behebung der angeführten Mängel bis (Datum): \_\_\_\_\_

→ Prüfdatum      → Name/Unterschrift Prüfer

Der Anlagenbetreiber nimmt zur Kenntnis, dass die oben angegebenen, festgestellten Mängel innerhalb der festgesetzten Frist zu beheben sind und der Prüfer hiervon unverzüglich schriftlich zu verständigen ist.

→ Datum      → Unterschrift Anlagenbetreiber      → Datum      → Unterschrift firmenmäßige Fertigung/Firmenstempel

## Ergebnis der Überprüfung/Nachprüfung

Mängel nicht behoben (Meldung an die Behörden)

Die Prüfung hat ergeben, dass die Gasanlage der o.a. Richtlinie sowie den landesgesetzlichen Bestimmungen entspricht.

→ Datum      → Unterschrift Anlagenbetreiber

→ Prüfdatum      → Name/Unterschrift Prüfer      → Datum      → Unterschrift firmenmäßige Fertigung/Firmenstempel

1. Blatt Kunde      2. Blatt Netz NO Probebetrieb  
 3. Blatt Netz NO      4. Blatt Installateur  
 BS19a- 20150608