

Frühjahrs-Check

Datum: _____ Kunde: _____ Kennzeichen: _____

Fahrzeug: _____ Schlüsselnr.: _____ Baujahr: _____

Fahrzeugmängel laut Kunde: _____

Scheibenklar auffüllen: Ja Nein

Fahrzeug-Innenraum (beim Einfahren):

Serviceanzeige	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Innenbeleuchtung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Horn	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Scheiben-Wisch/Waschanlage	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Heizungsgebläse	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Warnleuchten Instrument	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O

Kilometerstand eintragen!

Druckpunkt Kupplung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Motor/Getriebe: Funktion/Geräusche	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O

Bremsenprüfstand:

Bremswerte Vorderachse: L () R ()	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremswerte Hinterachse: L () R ()	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremswerte Hilfsbremse: L () R ()	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremspedaldruck	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Handbrems-Hebelweg	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O

Außenprüfung

Beleuchtung: Glühlampen	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Hauptscheinwerfer: Einstellung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Nebelscheinwerfer: Einstellung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Leuchtweitenregulierung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Scheibenwischer: Zustand	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Karosserie: Mängel (Schaubild)	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Verglasung: Riss () Steinschlag () Verkratzt ()	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Türgummis fetten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

HU-Fälligkeit eintragen!

Motorraum:

Batterie: Befestigung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Batterie: Spannungs-/Belastungstest	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Leitungen/Schläuche	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremsflüssigkeit: Füllstand/Wassergehalt	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Flüssigkeitsverlust	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Frostschutz: Füllmenge/Konzentration	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Motoröl: Füllstand	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Motoröl: Fälligkeit Wechsel	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Keil(-rippen)riemen: Zustand/Spannung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Scheibenklar auffüllen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

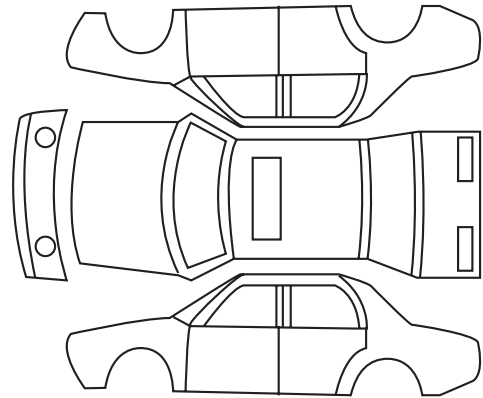
Aufkleber Zahnriemenwechsel?

Fahrzeug halb angehoben:

Bremsanlage Vorderachse	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremsanlage Hinterachse	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Reifen/Felgen: Zustand	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Radlager/Querlenker/Lenkung: Spiel	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Räder: Freigängigkeit	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Stoßdämpfer:		
Zustand/Dichtheit/Anschlagpuffer	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Fahrwerksfedern: Bruch	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O

Kilometerstand: _____ HU-Fälligkeit: _____

Zustand: x = Kratzer o = Delle



Fahrzeug ganz angehoben:

Abgasanlage:		
Dichtheit/Zustand/Aufhängung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Gelenk-/Staubmanchetten: Zustand	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremskraftregler: (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Flüssigkeitsverlust	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Bremsschläuche	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Stabilisator: Spiel/Beschädigung	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O
Unterboden: Rost	<input type="checkbox"/> i.O	<input type="checkbox"/> n.i.O

Zahnriemen:

letzter Wechsel, Datum: _____ km: _____
nächst. Wechsel, Datum: _____ km: _____

i.O n.i.O

Mängel/Bemerkungen:

Platz reicht nicht? Rückseite nehmen! Rückseite mitbenutzt: Ja Nein

Mechaniker: _____

Mitarbeiter Kundengespräch: _____

Reparaturtermin: Ja Nein Datum: _____