

Auftrag Nummer: _____

Kaliber: _____

Eingangsprüfer: _____

Datum _____

Kürzel: _____

I) Optische Befunde/Zustand

Prüfgegenstand	Befund
Uhrengehäuse	
Gebrauchsspuren	<input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Stark
Anschläge am Gehäuse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ort: _____
Bandanstoss deformiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Auswirkung: _____
Krone deformiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was: _____
Drücker Angeschlagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Drücker Verbogen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo: _____

Zifferblatt und Zeiger	
Zeiger lose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Welcher: _____
Zeigerbeschädigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Was: _____
Zifferblatt-Lack	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wo: _____
Leuchtmasse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wo: _____

Prüfgegenstand	Befund
----------------	--------

Uhrenarmband			
Band defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was: _____
Schließe defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was: _____
Bandbefestigung defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Was: _____

Uhrenglas			
Glas angeschlagen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo: _____
Glas gebrochen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo: _____
Glasdichtung defekt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wie: _____

II) Funktionsprüfung, Boden nicht geöffnet

Prüfgegenstand	Befund	Prüfgegenstand	Befund
Kronenfunktion Krone abschraubbar/drehbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Werk manueller Aufziehbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie performt Manueller-Aufzug <input type="checkbox"/> fest <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> kratzend Werk lose im Gehäuse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Zeigerwerk/Zeiger Zeigerreibung Performance <input type="checkbox"/> leichtgängig <input type="checkbox"/> schwergängig Zeigerwerkkrastpunkte auffindbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Funktion Zeigerwerk gegeben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Streifen Zeiger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche _____ Zeigerposition Korrekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welcher _____ Funktion Datumkorrektor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datumschaltung Datumschaltung über Zeigerstellung <input type="checkbox"/> Funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Datumschnellschaltung <input type="checkbox"/> Funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Wochentag (via Schnellkorrektur) <input type="checkbox"/> Funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Mondphase (via Schnellkorrektur) <input type="checkbox"/> Funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Zeitpunkt/Bereich Datumsprung von _____ bis _____		Chronograph Drückerfunktion <input type="checkbox"/> leichtgängig <input type="checkbox"/> Nein Drückerschaltweg ausreichend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Startfunktion <input type="checkbox"/> funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Nullstellfunktion <input type="checkbox"/> funktional <input type="checkbox"/> dysfunktional Chronographen-Zeiger Nullen Korrekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welcher nicht _____ Minutenzählzeiger springt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stundenzähler läuft an <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Automatik-Rotor Propeller-Rotor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Rotor leichtgängig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Lautes Rotorgeräusch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

III) Werk Befunde/Zustand: Boden geöffnet, Werk ausgeschalt

Prüfgegenstand	Befund	Prüfgegenstand	Befund
Ersteindruck Werk Bodendichtung defekt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie_____		Chronographen-Einstellungen Schwingtrieb Einstellung schlecht <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu seicht	
Schrauben lose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche_____		Chronozentrumrad-Mitnehmer <input type="checkbox"/> zu tief <input type="checkbox"/> zu seicht	
Werkteile verkrazt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche_____		Minutenzählradrasten-Positionierung <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht	
Abrieb/Partikel auf Werk sichtbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bereich_____		Werk ausgeschalt	
Lagerspiel Rotor <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schlecht Wie_____		Zifferblattfüße gebrochen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Chronographen-Zeiger Zeigersitz		Zeitteiler Höhenspiel <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht Was_____	
Sekundenzählzeiger <input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> Fest		Hemmung einzustellen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Aktion_____	
Minutenzählzeiger <input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> Fest		Räderwerkablauf <input type="checkbox"/> Leichtgängig <input type="checkbox"/> unkonstant <input type="checkbox"/> steht	
Stundenzählzeiger <input type="checkbox"/> lose <input type="checkbox"/> Fest			

IV) Messergebnisse

Wasserdichtheit	Befund
Wasserdicht bei Eingang	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kein Wasserdichtes Modell	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zeitwaagen-Diagnose nach Vollaufzug	Befund
Vorgang <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wert:_____Sek/Tag_
Nachgang <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wert:_____Sek/Tag
Amplitude Flachlage <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht	Wert:_____Grad
Amplitude hängend <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht	Wert:_____Grad
Gleichmäßigkeit der Schwingung	<input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben

V) Bildnachweise

