

Antrag
auf Verlängerung der Genehmigung zur Indirekteinleitung
von amalgamhaltigem Abwasser in öffentliche Abwasseranlagen (Kanalisation)
gemäß Abwasserverordnung Anhang 50

Antragsteller:
(Firma/Name und Anschrift)

Ansprechpartner:

Telefon: _____

E-Mail: _____

An den
Landkreis Northeim
Fachbereich 44
Frau Hilke
Medenheimer Straße 6/8
37154 Northeim

Hiermit beantrage ich die Verlängerung der Genehmigung für die Indirekteinleitung von betrieblichem Abwasser in die öffentliche Schmutzwasserkanalisation gemäß § 58 Wasserhaltungsgesetz.

Betriebsstätte:

(Name und Anschrift des Betriebes, aus dem die Indirekteinleitung erfolgt, falls nicht identisch mit dem Antragsteller)

Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

- ☐ Erläuterungsbericht über Art, Umfang und Zweck der Abwassereinleitung mit Beschreibung der Verschmutzung und Menge des Abwassers an den jeweiligen Abwasseranfallstellen
- ☐ Auszug Liegenschaftskarte M 1 : 500 oder 1 : 1.000 mit gekennzeichnetem Betriebsgrundstück
- ☐ Praxisgrundrissplan im Maßstab 1 : 50 bis 1 : 100 mit Standorteinträgen der vorhandenen/geplanten Amalgamabscheider und Abwasseranfallstellen
- ☐ Unterlagen der gewählten/vorhandenen Abwasserbehandlungsanlagen (Amalgamabscheider) mit der Allgemeinen bauaufsichtlichen Zulassungsbescheinigung (DIBt)
- ☐ aktueller Bericht Inbetriebnahme-/Fünfjahresprüfung aller Amalgamabscheideranlagen
- ☐ Herstellerunterlagen mit technischen Daten des Saugsystems

- ☐ Entwässerungsplan mit Darstellung des Leitungsverlaufs von den Abwasseranfallstellen bis zur öffentlichen Schmutzwasserkanalisation; bei Betrieb eines Zentralabscheiders die Abstände der Behandlungseinheiten zum Amalgamabscheider sowie der Verlauf (mit Angabe zum Gefälle) und die Nennweite der Rohrleitung
- ☐ Nachweis des Dentaldienstes über Rückstausicherungsmaßnahmen/Geruchverschluss
- ☐ Entwässerungsgenehmigung nach kommunaler Abwasserbeseitigungssatzung
- ☐ Benennung der verantwortlichen Person im Betrieb für die Abscheiderkontrolle
- ☐ Sonstige: _____

1. Angaben zur Praxis

Gesamtzahl der Behandlungsplätze: _____

Anzahl der Behandlungsplätze, an denen kein Amalgam anfällt: _____

2. Amalgamabscheider

- ☐ in Betrieb (Anzahl: _____)
- ☐ bestellt (Anzahl: _____)
- ☐ noch nicht bestellt

3. Zentralabscheideranlage

dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsplätzen

Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze : _____ l/min.

Wo ist das Gerät aufgestellt? _____

Hersteller: _____

Gerätetyp: _____

Geräte-Nr.: _____

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik: _____

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min: _____

Pufferbehältervolumen in l _____

Abscheidewirkungsgrad in %: _____

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme: _____

4. Saugsystem

eingesetzt wird folgendes Saugsystem:

- ☐ Nassabsaugsystem, zusätzlicher Wasseranfall _____ l/min
☐ mit Puffervolumen _____ l/min ☐ ohne Puffervolumen
☐ Trockenabsaugsystem

Hersteller: _____ Typ: _____

Maximaler Flüssigkeitsdurchsatz l/min: _____

Anzahl der angeschlossenen Behandlungseinheiten mit Mundspülbecken: _____

Anzahl der angeschlossenen Behandlungseinheiten nur mit Speibecken: _____

5. Angaben zu in Behandlungseinheiten integrierten Amalgamabscheidern

In meiner Praxis sind in Behandlungseinheiten integrierte Amalgamabscheider vorhanden: _____

Amalgamabscheider **1** in Behandlungszimmer: Nr. _____

Hersteller: _____

Gerätetyp: _____

Geräte-Nr.: _____

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik: _____

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min: _____

Pufferbehälter Volumen in l: _____

Abscheidewirkungsgrad in %: _____

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme: _____

Amalgamabscheider **2** in Behandlungszimmer: Nr. _____

Hersteller: _____

Gerätetyp: _____

Geräte-Nr.: _____

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik: _____

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min:

Pufferbehälter Volumen in l:

Abscheidewirkungsgrad in %:

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme:

Amalgamabscheider **3** in Behandlungszimmer:

Nr. _____

Hersteller:

Gerätetyp:

Geräte-Nr.:

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik:

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min:

Pufferbehälter Volumen in l:

Abscheidewirkungsgrad in %:

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme:

Amalgamabscheider **4** in Behandlungszimmer:

Nr. _____

Hersteller:

Gerätetyp:

Geräte-Nr.:

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik:

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min:

Pufferbehälter Volumen in l:

Abscheidewirkungsgrad in %:

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme:

Amalgamabscheider **5** in Behandlungszimmer:

Nr. _____

Hersteller:

Gerätetyp:

Geräte-Nr.:

Prüfzeichen vom Deutschen Institut für Bautechnik:

Kapazität laut Herstellerangabe in l/min:

Pufferbehälter Volumen in l:

Abscheidewirkungsgrad in %:

Einbaudatum/voraussichtliche Inbetriebnahme:

Anzahl Behandlungszimmer ohne Amalgamabscheider
(Prophylaxe)

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben werden mit nachstehender Unterschrift bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift (Praxisinhaber/in/Bevollmächtigte/r)