

Antragsteller(in):

(Telefon)

Ennepe-Ruhr-Kreis
- Untere Wasserbehörde -
Hauptstraße 92
58332 Schwelm

Antrag

auf Genehmigung der Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in die öffentlichen Abwasseranlagen (Indirekteinleitung) der Stadt _____ gemäß § 58 Abs. 1 Wasserhaushaltsgesetz (WHG) in Verbindung mit Anhang 50 Abwasserverordnung (AbwV)

Anschrift der Zahnarztpraxis/Zahnklinik, von der aus eingeleitet wird:

Ansprechpartner(in) für das Genehmigungsverfahren ist:

Tel.: _____

Beizufügende Unterlagen (wie den Antragsvordruck in dreifacher Ausfertigung):

- Übersichtskarte (Ausschnitt aus dem Stadtplan mit Lagemarkierung des Grundstückes)
- Auszug aus dem Liegenschaftskataster im Maßstab 1:500 (Erhältlich z.B. beim Katasteramt des Ennepe-Ruhr-Kreises (betroffene Grundstücke sind zu umranden))
- Praxisgrundrissplan im Maßstab 1:50 bis 1:100
- Unterlagen der gewählten/vorhandenen Abwasserbehandlungsanlagen (Amalgamabscheideranlagen) Allgemeine bauaufsichtliche Zulassung vom Institut für Bautechnik (komplett)
- Aktueller Bericht Inbetriebnahme-/Fünfjahresprüfung aller Amalgamabscheideranlagen
- Sonstige: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des/der Antragstellers(in)

Amalgamabscheider ist/sind in Betrieb (Anzahl: _____)
 bestellt (Anzahl: _____)
 noch nicht bestellt.

Zentralabscheideranlage

dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsplätzen.
Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze: _____ l/min.

Beschreibung des Zentralabscheiders:

Hersteller: _____ Gerätetyp: _____ Geräte-Nr.: _____

Kapazität laut Herstellerangabe: _____ l/min Abscheidewirkungsgrad: _____ %

eingesetzt seit _____.

Wo ist das Gerät aufgestellt? _____

Falls kein Zentralabscheider betrieben wird, bitte für jedes Behandlungszimmer folgenden Bereich ausfüllen:

Beschreibung des Amalgamabscheiders in Behandlungszimmer 1:

Hersteller: _____ Gerätetyp: _____ Geräte-Nr.: _____

Kapazität laut Herstellerangabe: _____ l/min Abscheidewirkungsgrad: _____ %

eingesetzt seit _____ und ist in einen Behandlungsplatz integriert.

Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes: _____ l/min

Beschreibung des Amalgamabscheiders in Behandlungszimmer 2:

Hersteller: _____ Gerätetyp: _____ Geräte-Nr.: _____

Kapazität laut Herstellerangabe: _____ l/min Abscheidewirkungsgrad: _____ %

eingesetzt seit _____ und ist in einen Behandlungsplatz integriert.

Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes: _____ l/min

Beschreibung des Amalgamabscheiders in Behandlungszimmer 3:

Hersteller: _____ Gerätetyp: _____ Geräte-Nr.: _____

Kapazität laut Herstellerangabe: _____ l/min Abscheidewirkungsgrad: _____ %

eingesetzt seit _____ und ist in einen Behandlungsplatz integriert.

Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes: _____ l/min

Sollten weitere Amalgamabscheider in weiteren Behandlungszimmern betrieben werden, bitte die Seite 2 mehrfach verwenden.