

Antragsteller

Datum: _____

Tel.: _____

**Hochsauerlandkreis
- Fachdienst Wasserwirtschaft -
Steinstraße 27
59870 Meschede**

Antrag
auf Genehmigung der Indirekteinleitung von amalgamhaltigem Abwasser /
auf Genehmigung der Bemessung, Gestaltung und des Betriebs von Amalgamabscheidern
-amalgamhaltiges Abwasser-

- Ich bitte, mir die Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in die Kanalisation der Stadt/Gemeinde gem. § 58 WHG, § 59 LWG i. V. m. Anhang 50 der Abwasserverordnung zu genehmigen.
- Ich bitte Bemessung, Gestaltung und Betrieb der von mir eingesetzten/bestellten Amalgamabscheider gem. § 58 Abs. 2 LWG zu genehmigen.*

Bezeichnung und Anschrift der Praxis/Klinik, von der aus die Indirekteinleitung erfolgt:
.....
.....
.....

Tel.: / E-Mail-Adresse:

- Amalgamabscheider ist/sind
- in Betrieb; Anzahl: _____
 - bestellt; Anzahl: _____
 - noch nicht bestellt.

Bitte für jedes Gerät, das in Betrieb oder bestellt ist, einen Beschreibungsbogen ausfüllen. (Siehe Muster Anhang).

Ort, Datum

Unterschrift

* Dieser Antrag ist nur zu stellen, sofern das/die eingesetzte(n) Gerät(e) nicht der Bauart nach zugelassen ist/sind. Ist dies nicht bekannt, wird empfohlen, den Antrag vorsorglich zu stellen.

Anhang

Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider

(bitte für jedes Gerät einen Bogen ausfüllen)

Behandlungszimmer: _____

Hersteller: _____

Gerätetyp: _____

Geräte-Nr.: _____

Kapazität laut Herstellerangabe: _____ l/min

Abscheidegrad laut Herstellerangabe: _____ %

Prüfzeichen vom Institut für Bautechnik in Berlin

- erteilt (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)
- nicht erteilt
- unbekannt

Bauartzulassung vom Landesamt für Wasser und Abfall NRW

- ist im „Verzeichnis der bauartzugelassenen Amalgamabscheider“ des Landesamtes für Wasser und Abfall NRW unter Nr. _____ geführt.
- nicht erteilt
- mir unbekannt

Das Gerät ist

- eingesetzt seit dem _____
- bestellt

Das Gerät ist

- in einen Behandlungsplatz integriert
Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes _____ l/min
- dient der Reinigung des Abwassers aus _____ Behandlungsplätzen
wo ist das Gerät aufgestellt?

(evtl. Handskizze beifügen)

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