##  Blatt 1

**Antragsteller**

.......................................................................

.......................................................................

.......................................................................

Tel.: ...............................................................

An den

### Kreis Warendorf

Der Landrat

Untere Wasserbehörde

Waldenburger Str. 2

48231 Warendorf

#### Antrag

**auf Genehmigung der Indirekteinleitung von amalgamhaltigem Abwasser**

**in die öffentliche Kanalisation der Kommune.**

[gemäß § 58 Wasserhaushaltsgesetz in Verbindung mit Anhang 50 "Zahnbehandlung" der Abwasserverordnung]

Falls abweichend vom Antragsteller:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name und Anschrift der Praxis, von der aus eingeleitet wird: |  | Ansprechpartner für das Genehmigungsverfahren:  |
| .................................................................... |  | .................................................................... |
| .................................................................... |  | .................................................................... |
| .................................................................... |  | .................................................................... |
| Tel.: ............................................................ |  | Tel.: ............................................................ |

**Erforderliche Unterlagen (bitte angeben):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beigefügt | liegt bereits vor; keine Änderungen vorhanden | Unterlagen |
|  |  | Übersichtslageplan im Maßstab 1:25.000 mit Kennzeichnung des Grundstückes |
|  |  | Praxisplan mit Darstellung der Behandlungszimmer, der Rohrleitungen, der Amalgamabscheider sowie der Einleitungsstelle in den öffentlichen Kanal |
|  |  | Unterlagen zum Amalgamabscheider (Allgemeine bauaufsichtliche Zulassung) |
|  |  | Weitere Unterlagen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Amalgamabscheider ist/sind

* in Betrieb; Anzahl:\_\_\_\_
* bestellt; Anzahl:\_\_\_\_
* noch nicht bestellt.

Bitte für jedes Gerät in Betrieb oder bestellt einen Beschreibungsbogen ausfüllen (siehe Blatt 2).

Ort, Datum Unterschrift

.................................................................... ..........................................................................

##  Blatt 2

### **Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider**

(bitte für jedes Gerät einen Bogen ausfüllen)

Hersteller: ..................................................................................................................................

Gerätetyp: ..................................................................................................................................

Geräte.-Nr.: ................................................................................................................................

Kapazität laut Herstellerangabe: ...................................l/min

Abscheidegrad laut Herstellerangabe: ..........................%

Allgemeine bauaufsichtliche Zulassung vom Deutschen Institut für Bautechnik

* erteilt unter der Nr. ......................................... (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)
* nicht erteilt
* mir unbekannt

Bauartzulassung vom Landesumweltamt NRW

* unter der Nr. ................................................... zugelassen
* nicht erteilt
* mir unbekannt

Das Gerät ist

* eingesetzt seit .........................................
* 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? (bitte Lageplan beifügen)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

• Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze:

................................l/min