

Antragsteller

---

---

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax.: \_\_\_\_\_

An den  
Kreis Unna  
Fachbereich Natur und Umwelt  
Platanenallee 16  
59425 Unna

## Antrag

### auf Genehmigung der Indirekteinleitung von amalgamhaltigem Abwasser aus der Zahnbehandlung

Ich bitte, mir die Einleitung von amalgamhaltigem Abwasser in die Kanalisation der Stadt / der Gemeinde \_\_\_\_\_ gemäß § 58 Wasserhaushaltsgesetz (WHG) in Verbindung mit Anhang 50 der Abwasserverordnung (AbwV) zu genehmigen.

o

Bezeichnung und Anschrift der Praxis / Klinik, von der aus eingeleitet wird:

---

(Straße, Haus-Nr.)

---

(PLZ, Ort)

---

(Gemarkung, Flur, Flurstück)

---

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für das Genehmigungsverfahren in meiner Praxis ist:

---

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider  
(bitte für jedes Gerät einen Bogen ausfüllen)**

Hersteller: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Geräte-Nr. / Serien-Nr.: \_\_\_\_\_  
des Amalgamabscheiders

Kapazität lt. Herstellerangabe: \_\_\_\_\_ l/min

Abscheide-Grad lt. Herstellerangabe: \_\_\_\_\_ %

Einbaudatum: \_\_\_\_\_

Der Amalgamabscheider verfügt lt. Prüfbescheid des Deutschen Instituts für Bautechnik Berlin über

- folgende allgemeine bauaufsichtliche Zulassung: Z\_\_\_\_\_ oder
- folgendes baurechtliches Prüfzeichen: PA-\_\_\_\_\_

Der Amalgamabscheider dient zur Behandlung des Abwassers aus

- einem Behandlungszimmer Nr.: \_\_\_\_\_
- mehreren Behandlungszimmern Nr.: \_\_\_\_\_

Abwasseranfall bei gleichzeitigem Betrieb aller angeschlossenen Behandlungsplätze: \_\_\_\_\_ l/min

Ggf. kann ein Aufstellungsplan (Grundrissplan, Handskizze) mit Eintragung der nummerierten Behandlungsplätze (Zimmer 1, 2, 3...) und des jeweils zugehörigen Amalgamabscheiders sowie Kennzeichnung der ggf. vorhandenen reinen Prophylaxe- bzw. KFO-Behandlungsplätze ohne Amalgamanfall beigefügt werden.