

Betriebsname oder Firmenstempel:

**Dieser spezielle Teil des Fragebogens
ist gegebenenfalls je Betriebsstätte auszufüllen.**

1 Beschreibung der Betriebsstätte

Nr. der Betriebsstätte lt. Abschnitt 1.3 im Allgemeinen Teil: _____
(falls mehrere Betriebsstätten vorhanden sind)

1.1 Wie kann Ihr Betrieb näher beschrieben werden?

- Arztpraxis Krankenhaus
- Sonstiges: _____

Es sind besondere Räumlichkeiten vorhanden (z. B. Schwimmbecken usw.), und zwar:

Angaben zum Schichtsystem: _____

Arbeitstage pro Woche: _____

Tägl. Arbeitsdauer in Stunden: _____

Falls unterschiedliche Schichtsysteme vorhanden sind, ggf. bitte Arbeitsdauer je Betriebseinheit angeben.

1.2 Der Betrieb lässt sich in folgende Betriebseinheiten gliedern:

- Büro/
Wartezimmer Behandlungsraum Operationsraum Wäscherei
- Dialyse Labor Lager Küche

Weitere Betriebseinheiten (z. B. im Krankenhaus: Chirurgie, Nuklearmedizin usw.):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

2 Abwasseranfall

Es fällt außer Sanitärabwasser kein weiteres Abwasser an.

Gesamtabwassermenge: _____ m³/Jahr

geschätzt gemessen, Messart: _____

2.1 Abwasser aus der Röntgen-Filmentwicklung

Fällt Abwasser aus der Röntgenfilmentwicklung an? ja nein

Wenn ja, bitte nachfolgende Angaben machen:

Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster

Fragebogen-Nr. 05 (Med)

Spezieller Teil

Seite 2

Verbrauch von Entwicklerflüssigkeit: _____ l/Jahr Entsorgung durch: _____

Verbrauch von Fixiererflüssigkeit: _____ l/Jahr Entsorgung durch: _____

Ist ein Filmentwicklungsautomat vorhanden? ja nein

Falls ja, Spülwassermenge: _____ l/m² Film Filmdurchsatz _____ m²/Jahr

2.2 Abwasser aus der Fahrzeugreinigung/-desinfektion (z. B. Krankentransporte usw.):

Werden die Fahrzeuge im Betrieb gereinigt/desinfiziert? ja nein

Wenn ja, welche Fahrzeuge werden gereinigt / desinfiziert?

| | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|
| | <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> LKW | <input type="checkbox"/> Busse | <input type="checkbox"/> andere Fahrzeuge: welche? _____ |
| Anzahl der Fahrzeuge <input type="checkbox"/> pro Tag <input type="checkbox"/> pro Monat | | | | |

Wie erfolgt die Fahrzeugreinigung:

Waschplatz

Verwendung eines HD-Gerätes

betriebseigene Waschanlage

Ggf. spezifische Abwassermenge: _____ m³/Jahr

geschätzt gemessen, Messart: _____

Ableitung in: öffentliche Kanalisation eigene Kleinkläranlage

abflusslose Sammelgrube

2.3 Abwasser aus der Reinigung von:

Geräten Betriebsräumen aus der Sterilisation von Instrumenten/Geräten

sonstigen Arbeitsmitteln, und zwar: _____

Ableitung in: öffentliche Kanalisation eigene Kleinkläranlage

abflusslose Sammelgrube

3 Wasseraufbereitung

Wird das Wasser von Geräten, Kälte- und Klimaanlage, Desinfektions-/Sterilisationsanlagen im

Kreislauf geführt? ja nein

Wenn ja, Art der Wasseraufbereitung:

Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster

Fragebogen-Nr. 05 (Med)

Spezieller Teil

Seite 3

Umkehrosmose Ionenaustauscher Elektrodialyse abwasserfreier Kreislauf

Andere, welche ? _____

Chemikalienzusatz ja nein Wenn ja, welche: _____

Wie erfolgt die Wasserkühlung medizinischer Geräte, Kälte- und Klimaanlage, Desinfektions-/Sterilisationsanlagen?

Versetzung des Kühlwassers mit

**Art der Biozide/
Konditionierungsmittel**

Produktname:

Verbrauch pro Jahr:

Stickstoffverbindungen _____ _____

organ. Halogenverbindungen _____ _____

Schwermetallverbindungen _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

4 Chemikalieneinsatz (z. B. für die Raum- und Gerätereinigung/Desinfektion usw.)

Werden Chemikalien verwendet, die ins Abwasser gelangen? ja nein

Wenn ja, bitte folgende Liste ausfüllen

Ggf. Produktname:

Verbrauch pro Jahr:

spezielle Reinigungsmittel _____ _____

Desinfektionsmittel _____ _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

5 Abwasservorbehandlung

(z. B. Amalgamabscheider, Schlammfang usw.)

Es werden keine Vorbehandlungsanlagen betrieben.

Es sind folgende Vorbehandlungsanlagen in Betrieb:

| Anlagennummer | 1 | 2 | 3 |
|----------------|---|---|---|
| Art der Anlage | | | |
| Anzahl | | | |
| Hersteller | | | |

Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster

Fragebogen-Nr. 05 (Med)

Spezieller Teil

Seite 4

Fortsetzung der Tabelle von Seite 3

| Anlagennummer | 1 | 2 | 3 |
|--|--|--|--|
| Datum der Inbetriebnahme | | | |
| Nenngröße (NG) d. Anlage oder Dimensionierung in l/s | NG: _____ _____ l/s | NG: _____ _____ l/s | NG: _____ _____ l/s |
| Täglicher Abfluss in m ³ /Tag | | | |
| Prüfzeichen/Bauartzulassung | | | |
| Wasserrechtliche Genehmigung vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wartungsfirma mit Adresse | | | |
| Letzte Kontrolle am: | | | |
| Schlammfanggrube in m ³ | | | |
| Entleerungsfirma mit Adresse | | | |
| Entleerungshäufigkeit in Wochen | | | |
| Behandlung des Abwassers aus folgenden Betriebseinheiten (siehe 1.2) | | | |

Es liegen keine Herstellerangaben vor.

Eine den Anforderungen entsprechende Abwasserbehandlungsanlage ist von mir geplant.

6 Anschlüsse an die öffentliche Kanalisation

An welchen Übergabestellen bzw. in welchen Anschlussstutzen/Schacht leiten Sie Ihr Abwasser ein?

*Abwasserart (Schlüsselzahl):

1 häusliche und sanitäre Abwässer

2 Abwässer aus der ärztlichen Behandlung

3 Reinigungsabwässer

4 Kantinenabwässer

5 Regenwasser

Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster

Fragebogen-Nr. 05 (Med)

Spezieller Teil

Seite 5

Lage der Anschlüsse mit Zuordnung der Abwasserart (je Spalte eine Abwasseranschlussstelle):

| | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|--|--|--|
| Straße | | | |
| Hausnr. | | | |
| Flurstück | | | |
| Abwasserart (Schlüssel)* | | | |
| Abwassermenge | _____ m ³ /Jahr <input type="checkbox"/> geschätzt <input type="checkbox"/> gemessen Messart: _____ | _____ m ³ /Jahr <input type="checkbox"/> geschätzt <input type="checkbox"/> gemessen Messart: _____ | _____ m ³ /Jahr <input type="checkbox"/> geschätzt <input type="checkbox"/> gemessen Messart: _____ |
| Einleitung in | <input type="checkbox"/> Schmutzkanalisation <input type="checkbox"/> Regenkanalisation <input type="checkbox"/> Mischkanalisation | <input type="checkbox"/> Schmutzkanalisation <input type="checkbox"/> Regenkanalisation <input type="checkbox"/> Mischkanalisation | <input type="checkbox"/> Schmutzkanalisation <input type="checkbox"/> Regenkanalisation <input type="checkbox"/> Mischkanalisation |

(ggf. bitte Lageplan mit den eingezeichneten Anschlüssen an den öffentlichen Kanal beifügen)

7 Abfall

Es fällt kein besonders überwachungsbedürftiger Abfall an.

Es fallen folgende Abfälle an:

| Bezeichnung des Abfalls | Jahresmenge (in kg) | Entsorgungsfirma |
|---|---------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollblut | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> verbrauchte Lösungen (z. B. Reste von Desinfektionsmitteln oder aus Reinigung der Flüssigkeits- tanks im Entwicklungsgerät usw.): | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelreste | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Restchemikalien aus Labor | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Abscheiderinhalte | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Abfälle an, und ergänzen Sie ggf. die Liste.

8 Unterlagen

Bitte fügen Sie außerdem folgende Unterlagen (möglichst **digital** auf USB-Stick) bei, sofern zutreffend:

- Entwässerungsplan oder -skizze des Betriebsgeländes mit Übersicht über alle Abwasseranfallstellen, Vorbehandlungsanlagen (Abscheider) sowie Regen- und Schmutzwasserleitungen bis zum Übergabepunkt in das öffentliche Kanalnetz (als DXF- oder **DWG**-Datei)
- Sicherheitsdatenblätter der eingesetzten Chemikalien/Reinigungsmittel oder der Fixier- u. Entwicklerflüssigkeit infolge Röntgenfilmentwicklung (als DOC- oder **PDF**-Datei)
- gegebenenfalls Analyseergebnisse von Abwasseruntersuchungen (als XLS-, DOC- oder **PDF**- Datei)
- Übersicht über bauliche Änderungen/Nutzungsänderungen innerhalb der letzten 5 Jahre (als XLS-, DOC- oder **PDF**- Datei).

9 Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift