



**Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster**  
Arztpraxis/Zahnarzt/ Kieferorthopäden oder Chirurgen

Eigenbetrieb Abwasser

Betriebsname oder Firmenstempel: .....

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

**1 Beschreibung der Betriebsstätte**

**1.1 Wie kann Ihr Betrieb näher beschrieben werden?**

Arztpraxis       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.: Chirurgie, Nuklearmedizin usw.):

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

**2 Abwasseranfall**

Es fällt außer Sanitärabwasser kein weiteres Abwasser an.

Gesamtabwassermenge: \_\_\_\_\_ m<sup>3</sup>/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**  
Arztpraxis/Zahnarzt/ Kieferorthopäden oder Chirurgen

**Eigenbetrieb Abwasser**

Verbrauch von Entwicklerflüssigkeit: \_\_\_\_\_ l/Jahr Entsorgung durch: \_\_\_\_\_

Verbrauch von Fixiererflüssigkeit: \_\_\_\_\_ l/Jahr Entsorgung durch: \_\_\_\_\_

Ist ein Filmentwicklungsautomat vorhanden?  ja  nein

Falls ja, Spülwassermenge: \_\_\_\_\_ l/m<sup>2</sup> Film Filmdurchsatz \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>/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: \_\_\_\_\_ m<sup>3</sup>/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**  
Arztpraxis/Zahnarzt/ Kieferorthopäden oder Chirurgen

**Eigenbetrieb Abwasser**

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 <sup>3</sup> /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 <sup>3</sup>			
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**  
 Arztpraxis/Zahnarzt/ Kieferorthopäden oder Chirurgin

**Eigenbetrieb Abwasser**

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

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

(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 Flüssigkeitstanks 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.



**Erhebungsbogen zum Indirekteinleiterkataster**  
Arztpraxis/Zahnarzt/ Kieferorthopäden oder Chirurgen

Eigenbetrieb Abwasser

---

## 8 Unterlagen

Bitte fügen Sie außerdem folgende Unterlagen 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
- Sicherheitsdatenblätter der eingesetzten Chemikalien/Reinigungsmittel oder der Fixier- u. Entwicklerflüssigkeit infolge Röntgenfilmentwicklung
- gegebenenfalls Analyseergebnisse von Abwasseruntersuchungen

## 9 Bemerkungen

---

---

---

---

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift