

**Prüfbericht- Nr.: ZAEK-Berlin-Nr. - -**  
**zur 5-jährlichen Überprüfung von Amalgamabscheidern nach**  
**§ 4 Abs. 2 Indirekteinleiterverordnung**

**1 Allgemeine Angaben**

Praxis/Auftraggeber (Name, Anschrift, Tel., Fax):	Anlagenbetreiber (falls von 1.1 abweichend):
Anlagenstandort: (falls mehrere Anlagen beim Betreiber vorhanden sind)	
Prüfer/in (Name, Anschrift, Tel., Fax, E- Mail): <b>ZAEK-Berlin-Nr.</b>	Sachverständige Stelle:  <b>Zahnärztekammer Berlin Tel.: (030) 3 48 08-0</b> <b>Stallstraße 1 Fax: 240</b> <b>10585 Berlin E-Mail: info@zaek-berlin.de</b>
für den Auftraggeber bei der Prüfung anwesend: Frau/Herr	
Datum der Prüfung:	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> wiederkehrende Prüfung <input type="checkbox"/> Ordnungsprüfung <input type="checkbox"/> technische Prüfung
Nächster Prüftermin:	<input type="checkbox"/> Nachprüfung <input type="checkbox"/> Teilprüfung <small>(offener Prüfbereich siehe Hinweise und Bemerkungen)</small>

**2 Zusammenfassende Prüfergebnisse**

<input type="checkbox"/> Es wurden keine Mängel festgestellt. <input type="checkbox"/> Es wurden Mängel festgestellt. <input type="checkbox"/> geringfügige Mängel <input type="checkbox"/> erhebliche Mängel <input type="checkbox"/> gefährliche Mängel <input type="checkbox"/> Vorschlag zur Befristung der Mängelbeseitigung: _____._____._____
Nachprüfung erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gegen den weiteren Betrieb des Amalgamabscheiders während des vorgeschlagenen Zeitraumes zur Mängelbeseitigung bestehen keine Bedenken. <input type="checkbox"/> Der Amalgamabscheider ist sofort stillzulegen. Die zuständige Behörde wurde informiert.
<b>Hinweise und Bemerkungen</b>

Berlin, den . . .

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Prüfers

Verteiler:    1. Ausfertigung : Behörde (zust. Bezirksamt)    3. Ausfertigung : Prüfer/Sachverständige Stelle  
                2. Ausfertigung : Auftraggeber/Betreiber            weitere Ausfertigungen :

### 3 Art der Abwasserbehandlungsanlage

Hersteller		Gerätetyp/ Modell		Serien- Nr.	
Prüfzeichen/ Zulassungs- nummer DIBt		Standort/ Raum		Datum Inbetrieb- nahme	
Anzahl Behand- lungsplätze		Als Zentralab- scheider ange- schlossen			

### 4 Ordnungsprüfung

	liegt vor	fehlt	unvollständig bzw. fehlerhaft
<b>Anzeige</b> über die Inbetriebnahme / den Weiterbetrieb bzw. <b>Wasserrechtliche Genehmigung</b> zum Betrieb eines der Bauart nach zugelassenen Amalgamabscheiders / Einleitung amalgamhaltigen Abwassers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<del>                    </del>
Prüfbescheid-/Zulassungsbescheid des Deutschen Institutes für Bautechnik (DIBt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<del>                    </del>
Bedienungs- und Wartungsanleitung zur geprüften Anlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebstagebuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mängelschlüssel: A010 <input type="checkbox"/> A020 <input type="checkbox"/> A030 <input type="checkbox"/> A040 <input type="checkbox"/> A050 <input type="checkbox"/> A060 <input type="checkbox"/>			

### 5 Technische Prüfung

#### 5.1 Wartung und Entsorgung

	ja	nein	unvollständig bzw. fehlerhaft
Die Wartung wird entsprechend den Herstellerangaben und den Auflagen des Prüf-/Zulassungsbescheides des Deutschen Institutes für Bautechnik fachge- recht durchgeführt und im Betriebstagebuch dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Entsorgungsnachweise für die Amalgamabfälle sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mängelschlüssel: B010 <input type="checkbox"/> B020 <input type="checkbox"/> B030 <input type="checkbox"/>			

#### 5.2 Technischer Zustand des Amalgamabscheiders

	GM	EM	GFM	Befristung
Der technische Zustand des Amalgamabscheiders ist in Ordnung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mängelschlüssel: C010 <input type="checkbox"/> C020 <input type="checkbox"/> C030 <input type="checkbox"/> C040 <input type="checkbox"/> C050 <input type="checkbox"/> C060 <input type="checkbox"/> C070 <input type="checkbox"/>				

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Prüfers:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin