

Ergebnisprotokoll der 5-jährlichen Überprüfung für Amalgamabscheider in Zahnarztpraxen

(Formular des Landesamtes für Umwelt- und Arbeitsschutz – Saarland)

Die Prüfung des Amalgamabscheiders und die Aufstellung des Prüfberichtes erfolgt durch:

Firma: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____, _____

Name des Prüfers: _____

für die Zahnarztpraxis:

Firma: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____, _____

Die Überprüfung erfolgt aufgrund der Auflage des Genehmigungsbescheides zum Einleiten von amalgamhaltigem Abwasser aus zahnärztlicher Behandlung vom _____, Az.: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Fabrik-Nr.: _____ / Zimmer-Nr. _____

Prüfzeichen: _____

Inbetriebnahme am: _____

Ergebnis der Überprüfung:Wartung

1. Die Bedienungsanleitung ist vorhanden
2. Das Gerätebuch ist vorhanden
3. Die Eintragungen für die 1-jährliche Prüfung sind eingetragen
4. Die Wartungen und Reparaturen sind eingetragen
5. Die Entsorgungsnachweise für Amalgamabfälle sind vorhanden
6. Ist die entsorgte Menge plausibel

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mängel / Hinweise:

Allgemeine Überprüfung

7. Der Amalgamabscheider ist für den Behandlungsplatz geeignet
8. Die Installation des Amalgamabscheiders ist sachgemäß und entspricht den Auflagen des Prüfbescheides des Deutschen Instituts für Bautechnik (Prüfzeichen – Bescheid)
9. Der Abscheider entspricht den Angaben des Beschreibungsbogens zum o.a. Bescheid

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Technische Überprüfung

10. Die Vakuumschläuche sind unbeschädigt und dicht
11. Die Verbindungen und Abflüsse sind unbeschädigt und dicht
12. Der Amalgamabscheider ist unbeschädigt
13. Die Zentrifuge ist dicht
14. Die Durchflussmenge stimmt mit den Herstellerangaben überein
15. Die elektrischen Schaltungen sind in Ordnung
16. Die Drehzahl stimmt mit den Herstellerangaben überein
17. Die Funktionsprüfung nach Herstellerangaben ist in Ordnung
18. Funktioniert die Füllstandswarnung des Sammelbehälters

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewertung

19. Mit der Anlage erfolgt der Betrieb gemäß den Bedingungen und Auflagen des o.a. Bescheides
20. Die Anlage weist geringe Mängel auf und muss repariert werden
21. Die Anlage weist Mängel auf und muss nach der Reparatur erneut geprüft werden
22. Die Anlage weist gravierende Mängel auf und der ordnungsgemäße Betrieb ist nicht gewährleistet

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Prüfdatum: _____, _____

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift des Prüfers/Stempel: _____

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin: _____