



Der Magistrat

**1. Angaben zur Arztpraxis**

Name der Arztpraxis

Anschrift

Stadtteil

Betreiberin bzw. Betreiber

Grundstückseigentümerin bzw. Grundstückseigentümer

Anschrift der Grundstückseigentümerin bzw. des Grundstückseigentümers

Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner in der Praxis (Titel und Name)

Funktion in der Praxis

Telefon

Telefax

E-Mail

Beschäftigtenzahl

Gesamt: \_\_\_\_\_

im abwasserrelevanten Bereich: \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten/Arbeitszeiten: \_\_\_\_\_

**2. Angaben zu den Arbeitsschwerpunkten der Arztpraxis**

a) Betreiben Sie ein medizinisches Untersuchungslabor?  ja  nein

Wenn ja, wie werden die verbrauchten Untersuchungsmaterialien, Reaktionslösungen, Altkemikalien und Spülwasser entsorgt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Betreiben Sie ein Röntgengerät?  ja  nein

Wenn ja, welche Bildauswertung wenden Sie an?

- Röntgenfilm mit nasschemischer Entwicklung / Fixierung  
 Elektronische Bildauswertung

Bei Anwendung der Silberhalogenidfotografie:

Wie und in welchen Mengen werden die verbrauchten Bäder entsorgt?

---

---

c) Wenden Sie Röntgenkontrastmittel an?  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

Jahresmengen

---

---

d) Verwenden Sie Radionuklide in der Diagnostik?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Radionuklid	Halbwertszeit	Aktivität pro Anwendung	Zahl der Anwendungen/Tag
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

e) Verwenden Sie Desinfektionsmittel?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Bezeichnung des Stoffes	Jahresmenge in m <sup>3</sup> /kg
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

### 3. Angaben zu Frischwassermengen

Wasserbezug aus dem öffentlichen Netz \_\_\_\_\_ m<sup>3</sup> /Jahr  gemessen  geschätzt

### 4. Angaben zu Abwassermengen

Abwassermenge insgesamt	<hr/>	m <sup>3</sup> / Jahr	<input type="checkbox"/> gemessen	<input type="checkbox"/> geschätzt
• Sanitärabwasser	<hr/>	m <sup>3</sup> / Jahr	<input type="checkbox"/> gemessen	<input type="checkbox"/> geschätzt
• Betriebliches Abwasser	<hr/>	m <sup>3</sup> / Jahr	<input type="checkbox"/> gemessen	<input type="checkbox"/> geschätzt

Anfall des Abwassers:  kontinuierlich  stoßweise

Abwassereinleitung in welche Straße? \_\_\_\_\_

**5. Angaben zur Abwasserbehandlung/Abwasserrückhaltung**

Werden Maßnahmen zur Abwasserbehandlung / Abwasserrückhaltung ergriffen?

ja     nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

**6. Welche sonstigen abwasserrelevanten Arbeiten werden in Ihrer Praxis durchgeführt?**

---

---

---

**7. Ergänzende Angaben**

---

---

---

**Anmerkung:**  Ich versichere bzw.  wir versichern, dass die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht worden sind.

Darmstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel / Unterschrift