

**Antragsteller:**

**Datum:**

**Name, Anschrift**

**Telefonnummer**

Oberbergischer Kreis  
Der Landrat  
– Untere Wasserbehörde –  
Moltkestraße 42

51643 Gummersbach

**Antrag auf Genehmigung der Indirekteinleitung von amalgamhaltigen  
Abwasser  
Antrag auf Genehmigung des Baus und Betriebs eines/mehrerer  
Amalgamabscheider(s)**

Ich bitte, mir die Einleitung von amalgamhaltigen Abwasser in die Kanalisation der **Stadt** gem. § 58 WHG i.V.m. Anhang der Abwasserverordnung in der zzt. geltenden Fassung zu genehmigen.

Ich bitte, den Bau und Betrieb des/der von mir eingesetzten/bestellten Amalgamabscheider(s) gemäß § 57 Abs. 2 LWG zu genehmigen.<sup>1</sup>

Anschrift der Praxis/Klinik, von der aus die Indirekteinleitung erfolgt:

**Anschrift der Praxis/Klinik**

**Telefonnummer**

Amalgamabscheider ist/sind

in Betrieb; Anzahl:

bestellt; Anzahl:

noch nicht bestellt.

**bitte für jedes Gerät in Betrieb oder bestellt einen Beschreibungsbogen ausfüllen → [zusätzlicher Beschreibungsbogen](#)**

<sup>1</sup> Dieser Antrag ist nur zu stellen, sofern das/die eingesetzte(n) Gerät(e) nicht vom Landesamt für Wasser und Abfall NRW der Bauart nach zugelassen ist/sind. Ist dies nicht bekannt, wird empfohlen, den Antrag vorsorglich zu stellen.

## Beschreibungsbogen für Amalgamabscheider:

Hersteller:

Gerätetyp:

Geräte Nr.:

Kapazität lt. Herstellerangabe:  l/min

Abscheidegrad lt. Herstellerangabe:  %

Prüfzeichen vom Institut für Bautechnik in Berlin

erteilt (sofern vorhanden, bitte Kopie beifügen)

nicht erteilt

mir unbekannt

Bauartzulassung vom Landesamt für Wasser und Abfall NRW

ist im „Verzeichnis der bauartzugelassenen Amalgamabscheider“ des Landesamtes für Wasser und Abfall NRW unter Nr.  geführt.

nicht erteilt

mir unbekannt

Das Gerät ist

eingesetzt seit

bestellt

Das Gerät ist

in einen Behandlungsplatz integriert

Abwasseranfall bei Betrieb des Behandlungsplatzes  l/min

dient der Reinigung des Abwassers aus  Behandlungsplätzen

Wo ist das Gerät aufgestellt?

(evtl. Handskizze beifügen)

Abwasseranfall bei gleichzeitigem Bereich aller abgeschlossenen Behandlungsplätze  l/min

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Formulardaten löschen