

An den

Kreis Herford
 Der Landrat
 -untere Wasserbehörde-
 Amtshausstraße 3

32045 Herford

70 - 084

Mitteilungen über Veränderungen in Zahnarztpraxen

Im Rahmen der genehmigten Indirekteinleitung haben sich in meiner / unserer Zahnarztpraxis folgende Veränderungen ergeben:

Personelle Änderungen:	Die Zahnärztin / der Zahnarzt
	<input type="checkbox"/> ist am _____ aus der Praxis ausgeschieden. <input type="checkbox"/> ist am _____ in die Praxis eingetreten.
	<input type="checkbox"/> Ich habe die Praxis am _____ von meinem Vorgänger / meiner Vorgängerin <input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> mit den nachfolgend beschriebenen Änderungen übernommen:
Einrichtung neuer Behandlungsplätze:	Anzahl bisher: Anzahl neu:
Amalgamabscheider sind	<input type="checkbox"/> in Betrieb für _____ Behandlungsplätze <input type="checkbox"/> nicht vorhanden für _____ Behandlungsplätze weil

Als verantwortlichen Zahnarzt / verantwortliche Zahnärztin für die Erfüllung der Anforderungen der Genehmigung benenne ich ^{*)}

^{*)} ist nur anzugeben, wenn die Praxis von mehreren Zahnärzten/Zahnärztinnen gemeinsam betrieben wird.

Veränderungen bei den Amalgamabscheidern:**1. Installation eines neuen Amalgamabscheiders**

wegen

- der Einrichtung eines zusätzlichen Behandlungsplatzes
 Geräteaustausches

Hersteller

Typ:

Geräte-Nr.

bisherige Geräte-Nr.

(nur bei Austausch)

Bauartzulassung oder baurechtliches Prüfzeichen:

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Kapazität laut Herstellerangabe

l/min

Abscheidegrad lt. Herstellerangabe

%

Gerät ist in Betrieb seit

 Einzelplatzgerät für Behandlungsplatz

und eingesetzt als

Nr.

 Zentralgerät für die Behandlungsplätze

Nr.

2. Installation eines neuen Amalgamabscheiders

wegen

- der Einrichtung eines zusätzlichen Behandlungsplatzes
 Geräteaustausches

Hersteller

Typ:

Geräte-Nr.

bisherige Geräte-Nr.

(nur bei Austausch)

Bauartzulassung oder baurechtliches Prüfzeichen:

(bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

Kapazität laut Herstellerangabe

l/min

Abscheidegrad lt. Herstellerangabe

%

Gerät ist in Betrieb seit

 Einzelplatzgerät für Behandlungsplatz

und eingesetzt als

Nr.

 Zentralgerät für die Behandlungsplätze

Nr.

Falls bei mehr als 2 Amalgamabscheidern Veränderungen eingetreten sind, bitte die Angaben hierzu auf einem gesonderten Blatt!

 Ort, Datum

 (Unterschrift/en)