

# ABNAHMEPRÜFUNG

Ergebnisprotokoll der Überprüfungen für Amalgamabscheider in Zahnarztpraxen

## ART DER PRÜFUNG

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inbetriebnahme | <input type="checkbox"/> Inbetriebnahme | <input type="checkbox"/> Inbetriebnahme |
| <input type="checkbox"/> Installation   | <input type="checkbox"/> Installation   | <input type="checkbox"/> Installation   |

Depotstempel & Unterschrift | Dental Dealer Stamp & Signature

Depotstempel & Unterschrift | Dental Dealer Stamp & Signature

## GERÄTEINFORMATIONEN

Hersteller	METASYS Medizintechnik GmbH		
Amalgamabscheider	<input type="checkbox"/> ECO II / ECO II Tandem	<input type="checkbox"/> MST 1	<input type="checkbox"/> COMPACT Dynamic
Zulassungsnr. DIBt	Z -64.3-26	Z -64.1-4	Z -64.1-2
Seriennummer			
Aufstellungsraum			
Datum Inbetriebnahme			

Die Überprüfung erfolgt gemäß der Verordnung über die Genehmigungspflicht für das Einleiten wassergefährdender Stoffe in die Sammelkanalisation (VGS)

\*\*nur für ECO II / ECO II Tandem relevant

# ERGEBNISPROTOKOLL

## Wartung

	Ja	Nein
1. Die Gebrauchsanweisung ist vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Das Gerätebuch ist vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Eintragungen für die 1-Jahres-Inspektionen sind eingetragen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Wartungen und Reparaturen sind eingetragen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Entsorgungsnachweise für Amalgambfälle sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist die entsorgte Menge plausibel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Allgemeine Überprüfung

7. Der Amalgamabscheider ist für den Behandlungsplatz geeignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Installation des Amalgamabscheiders ist sachgemäß und entspricht den Auflagen des Prüfbescheides des Deutschen Instituts für Bautechnik (Prüfzeichen - Bescheid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Amalgamabscheider entspricht den Angaben des Beschreibungsbogens zum o.a. Bescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Technische Überprüfung

10. Die Vakuumschläuche / Schlauchverbindungen sind unbeschädigt und dicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Verbindungen und Abflüsse sind unbeschädigt und dicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Der Amalgamabscheider ist unbeschädigt und dicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Durchflussmenge stimmt mit den Herstellerangaben überein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die elektrischen Schaltungen sind in Ordnung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Funktionsprüfung nach Herstellerangaben ist in Ordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Funktioniert die Füllstandswarnung des Sammelbehälters*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mit der Anlage erfolgt der Betrieb gemäß den Bedingungen und Auflagen des o.a. Bescheides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Anlage weist geringe Mängel auf und muss repariert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Anlage weist Mängel auf und muss nach der Reparatur erneut geprüft werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Anlage weist gravierende Mängel auf und der ordnungsgemäße Betrieb ist nicht gewährleistet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Mängel / Hinweise

---

---

---

Ort, Prüfdatum,  
Unterschrift des Prüfers:

Zur Kenntnis genommen,  
Unterschrift des Zahnarztes/Zahnärztin: