

# ABNAHMEPRÜFUNG

Ergebnisprotokoll der Überprüfungen für Amalgamabscheider in Zahnarztpraxen

## ART DER PRÜFUNG

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inbetriebnahme | <input type="checkbox"/> 1-Jahres-Inspektion | <input type="checkbox"/> 5-Jahres-Inspektion |
| <input type="checkbox"/> Installation   | <input type="checkbox"/> Austausch**         |  |

Zahnarztpraxis Stempel & Unterschrift

Prüfer Stempel & Unterschrift

## GERÄTEINFORMATIONEN

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

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

\*nur für MST 1 und COMPACT Dynamic relevant

\*\*nur für ECO II+ / ECO II+ D / ECO II+ Tandem D / ECO II+ Large 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 Amalgamabfälle 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

---

---

\*nur für MST 1 und COMPACT Dynamic relevant | \*\*nur für ECO II+ / ECO II+ D / ECO II+ Tandem D / ECO II+ Large relevant

Ort, Prüfdatum, Unterschrift des Prüfers:	Zur Kenntnis genommen, Unterschrift des Zahnarztes/Zahnärztin: