
(Name, Vorname)

(Straße, Haus Nr.)

(PLZ, Ort)

(Telefon Nr.)

**Gesundheitsamt Region Kassel
Wilhelmshöher Allee 19 - 21**

34117 Kassel

1. Standort der Anlage:

Anschrift

_____ (Land:)

PLZ, Ort

Gebäude/ Gebäudeteil

2. Hiermit zeige ich folgendes an:

- Betrieb einer existierenden Anlage
 Inbetriebnahme einer Anlage
 Wiederinbetriebnahme einer Anlage
 Stilllegung/ Teilstilllegung einer Anlage

seit/ am/ zum _____

- Änderung des Eigentümers/ Nutzers

(Name, Vorname)

(Anschrift)

(PLZ, Ort)

(Telefon/ FAX)

3. Herkunft des Betriebswassers:

- Hausbrunnen
 Dachablaufwasser
 Oberflächenwasser
 Grauwasser (aus Bad, Dusche,
Handwaschbecken, Waschmaschine)
 sonstiges: _____

4. Herkunft des Nachspeisungswassers:

- zentrale Trinkwasserversorgung
 sonstiges: _____

Anzeige nach § 13 Absatz 3 der Trinkwasserverordnung 2001

- z.B. Regenwassernutzungsanlage -

5. Die Ableitung des überschüssigen Betriebswassers erfolgt in die/ durch

- Trennkanalisation
 Mischkanalisation
 Versickerung
 sonstiges: _____

6. Ansprechpartner vor Ort:

Name, Vorname

Anschrift

PLZ/ Ort

Telefon/ FAX

7. Allgemeines

1. Wie viele Wohneinheiten werden _____
mit dem Betriebswasser versorgt? Anzahl
2. Wie viele Verbraucher werden _____
mit dem Betriebswasser versorgt? Anzahl
3. Wie hoch ist der geschätzte _____
Betriebswasseranfall pro Jahr ca. m³
4. Haben Sie einen Wartungsvertrag
abgeschlossen ? ja nein

Wurden folgende Anforderungen beachtet:

1. Wurde die Anlage von einer zertifizierten
Fachfirma installiert? ja nein
2. Sind die Versorgungssysteme farblich
unterschiedlich und dauerhaft gekenn-
zeichnet und die Entnahmestellen dauerhaft
als solche gekennzeichnet? ja nein
3. Erfolgt die Wassernachspeisung aus der
zentralen Trinkwasserversorgung ausschließ-
lich mittels freiem Auslauf? ja nein
4. Liegt ein Wartungsvertrag vor? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift