



## Sanering/byte av kvicksilverförorenade avloppsrör

Anmälan enligt 28 § förordningen (1998:899)  
om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd

### Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen

Efterbehandlingsåtgärder som att avlägsna eller sanera kvicksilverförorenade rör medför en ökad risk för spridning och exponering av kvicksilver om det görs på fel sätt. Därför ska en anmälan göras till miljö- och hälsoskyddskontoret. Anmälan ska göras i god tid (6 veckor) före saneringen. Bifoga anteckningar och ev. analysprotokoll om provtagning eller mängduppskattning av slammet i rören har utförts.

### Information om berörd fastighet (situationsplan över fastigheten ska bifogas)

Fastighetsbeteckning	Fastighetsägare	
Fastighetens utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort
Namn på kontaktperson	Telefonnummer	
Är fastighetsägaren informerad om efterbehandlingen?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ev synpunkter från fastighetsägaren:		

### Verksamhetsutövare (verksam tandläkare)

Namn på kliniken	Organisationsnummer	
Besöksadress	Företagsnamn för fakturering (om annat namn än på kliniken)	
Faktureringsadress	Postnummer	Postort
Namn på kontaktperson	Telefonnummer	
E-postadress	Mobilnummer	

### Efterbehandlingsåtgärder

Typ av sanering <input type="checkbox"/> Slutsanering <input type="checkbox"/> Driftsanering
Anmälan avser sanering av kvicksilverförorenade rör på dentalklinik som är eller har varit anslutna till: <input type="checkbox"/> Tandläkarstol <input type="checkbox"/> Diskbänk <input type="checkbox"/> Tvättställ <input type="checkbox"/> Centralt sugsystem <input type="checkbox"/> Annat, nämligen
<input type="checkbox"/> Avloppsrören kommer försiktigt att demonteras och omhändertas som farligt avfall. <input type="checkbox"/> Avloppsrören kommer att saneras genom högtrycksspolning. Allt spolvatten och slam kommer att samlas upp och omhändertas som farligt avfall. <input type="checkbox"/> Annan typ av efterbehandlingsåtgärd, nämligen
Åtgärderna planeras att genomföras under följande tidsperiod

**Anlitat saneringsföretag**

Namn på företag		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	Postort
Förnamn kontaktperson	Telefonnummer (även riktnr)	Mobilnummer
Vilken transportör anlitas? (Transportören ska ha tillstånd från länsstyrelsen för transport av farligt avfall.)		
Beskriv hur avfallet omhändertas		
Provtagning, beskriv hur mängden slam, demonterade rör och spolvatten kommer att mätas och kvicksilverhalterna att analyseras.		

**Uppgifter om kliniken**

Antal behandlingsrum	Har annan tandläkare tidigare haft kliniken?
Är då amalgamavskiljare installerades?	Hur länge har kliniken varit i drift (även med ev. annan ägare)?
Är då fastigheten byggdes	Nuvarande tandläkare har varit i lokalen sedan?

**Uppgifter om klinikens avlopp**

<input type="checkbox"/> Vått sugsystem	<input type="checkbox"/> Torrt sugsystem	Total rörlängd på klinikplanet
<b>Rörmaterial</b>		
<input type="checkbox"/> Plaströr	<input type="checkbox"/> Gjutjärnrör	<input type="checkbox"/> Rostfritt stål
<input type="checkbox"/> Kopparrör	<input type="checkbox"/> Annat material, skriv vad	
<b>Hur är avloppet placerat i lokalen?</b>		
<input type="checkbox"/> Rören ligger i fastighetens golvbjälklag	<input type="checkbox"/> Rören hänger i taket på våningen under.	
<input type="checkbox"/> Rören ligger på golvet eller monterade på vägg.	<input type="checkbox"/> Vet inte, men rören försvinner ner i golvet.	
<input type="checkbox"/> På annat sätt, beskriv		
Finns det någon renslucka eller brunn i lokalen eller i lokalens källare?		
Är avloppsrören i fastigheten bytta vid något tillfälle? (Om ja, ange vilket år.)	Är avloppsrören från kliniken rensade tidigare? (Om ja, ange vilket år.)	
Är avloppsrören från sterilen/diskbänken bytta? (Om ja, ange vilket år.)	Är avloppsrören från sterilen/diskbänk rensade tidigare? (Om ja, ange vilket år.)	
<b>Sanering kommer att utföras av annan utrustning än avloppsrör</b>		
<input type="checkbox"/> Bufferttank		
<input type="checkbox"/> Annat:		

**Kommande verksamhet**

<input type="checkbox"/>	Tandvårdsverksamhet med amalgamarbete (fyllning och/eller urborring)
<input type="checkbox"/>	Tandvårdsverksamhet utan amalgamarbete
<input type="checkbox"/>	Annan verksamhet än tandvård, d.v.s.
<input type="checkbox"/>	Lokalerna kommer att byggas om med beräknad tidpunkt:

**Bilagor**

Ritning över lokalen ska bifogas. På ritningen ska det framgå placering av de rör som ska åtgärdas i byggnaden samt rörens längd och dimension. De rörsnitt i lokalen som inte ska åtgärdas ska också markeras på ritningen.

**Underskrift**

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	

**Hur vi hanterar dina personuppgifter**

De personuppgifter du lämnar i denna blankett för vi in i våra system för att hantera din anmälan.

Om du undrar vilka personuppgifter vi har sparade om dig, hur vi hanterar dem eller har andra frågor är du välkommen att höra av dig till oss. Du kan också vända dig till kommunens dataskyddsbud.

Läs mer om dina rättigheter och hur vi arbetar med personuppgifter: [www.kristianstad.se/personuppgifter](http://www.kristianstad.se/personuppgifter)

**Anmälan skickas i två exemplar till :**

Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen  
291 80 KRISTIANSTAD

eller via e-post till [kommun@kristianstad.se](mailto:kommun@kristianstad.se)