

Bewertungsformular für Kläranlagen

Gesellschaft: _____

Kontaktname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-MAIL: _____ FAX # _____

ABWASSERART: _____

PARAMETER	Zufließendes Abwasser Konzentrationen		Abgehendes Abwasser Konzentrationen		
	Maximal	Durchschnitt	Durchschnitt	Maximal	Lizenz
Fließ (m ³ /tag oder Liter/Minute)					
Temperatur (°C)					
pH					
Schwebstoffe (mg/l)					
Gelöste Feststoffe (mg/l)					
BSB ₅ (mg/l)					
Löslicher BSB (mg/L)					
CSB (mg/l)					
Tot. Organischer Kohlenstoff (mg/l)					
Ammoniak-Stickstoff (mg/l)					
N _{tot} (kjeldahl) (mg/l)					
Nitrat-Stickstoff (mg/l)					
Orthophosphat (mg/l)					
Öl/Fett(mg/l)					
Gesamte Erdölkohlenwasserstoffe (mg/l)					
F/M Verhältnis					
MLSS (mg/l)					
Gelöster Sauerstoff (mg/l)					
Schlammalter (Tagen)					
Andere spezifische organische oder anorganische Stoffe (mg/l)					
Schlammvolumenindex (SVI) (ml/g)					
(Sonstiges)					

Problem ? _____

Ist der Fluss kontinuierlich? _____

Stunden Flow-Betrieb? _____

Typ biologisches System, _____

Volumen & Größe?

Anzahl Oxidationsbecken(s): _____

Volumen Oxidationsbecken(s): _____ m³ _____ m³ _____ m³

Volumen Vorklärbecken: _____ m³ _____ m³

Volumen Nachklärbecken: _____ m³ _____ m³

Zur Geruchsbehandlung mit D.V.U.

Umfang der Fläche, Tank oder Container _____m

Schema der Anlage: (bitte wenn möglich angeben)