

<b>KLARO GmbH</b>  Spitzwegstraße 63 DE-95447 Bayreuth  Tel.: +49 921 162 79-333 Fax: +49 921 162 79-300	Objektanschrift:	Bauherr:  Name: Straße: PLZ-Ort: Telefon: Fax: E-Mail:
--	------------------	---

Fragen zur Bemessung von Kläranlagen für Brauereiabwässer

## a) Betriebsinformationen

① Betriebszeiten:	_____ Std./Tag	_____ Tage/Woche	_____ Wochen/Jahr
② Anzahl der Brautage pro Woche	_____ /Woche		
③ Maximale hergestellte Biermenge:	_____ l/Tag	_____ l/Jahr	
④ Höhenlage über dem Meeresspiegel:	_____ m		

## b) Betriebsabwasser

① Maximaler täglicher Schmutzwasserabfluss: _____ m <sup>3</sup> /Tag		
② Abwasserproben (Falls mehr Proben vorhanden sind, bitte zukommen lassen)		
<b>Probe 1</b> – Datum: _____	<b>Probe 2</b> – Datum: _____	<b>Probe 3</b> – Datum: _____
BSB <sub>5</sub> _____ mg/l	BSB <sub>5</sub> _____ mg/l	BSB <sub>5</sub> _____ mg/l
CSB _____ mg/l	CSB _____ mg/l	CSB _____ mg/l
AFS _____ mg/l	AFS _____ mg/l	AFS _____ mg/l
P <sub>ges</sub> _____ mg/l	P <sub>ges</sub> _____ mg/l	P <sub>ges</sub> _____ mg/l
N <sub>ges</sub> _____ mg/l	N <sub>ges</sub> _____ mg/l	N <sub>ges</sub> _____ mg/l
Leitfähigkeit _____ µS/cm	Leitfähigkeit _____ µS/cm	Leitfähigkeit _____ µS/cm
pH _____	pH _____	pH _____
③ Verwendete Reinigungs- und Desinfektionsmittel: _____ _____ _____		
④ Feststoffrückhaltung vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

## c) Häusliches Abwasser

① Soll häusliches Abwasser mitgereinigt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein (Bitte Punkte ② - ⑤ nicht ausfüllen)
② Anzahl der Mitarbeiter:	_____	
③ Wohnungen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Maximale Anzahl der Bewohner:	_____	
④ Gaststätte:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
- Öffnungszeiten täglich:	Von _____ bis _____ Uhr	
- Öffnungszeiten jährlich:	<input type="checkbox"/> Ganzjährig	<input type="checkbox"/> Von _____ bis _____
- Anzahl der Sitzplätze:	_____	
- Anzahl der Mahlzeiten pro Tag:	_____	
- Fettabscheider vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja NG: _____	<input type="checkbox"/> Nein
⑤ Besondere Veranstaltungen vor Ort?	<input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein
- Maximale tägliche Anzahl von Gästen:	_____	
- Besonderheiten:	_____	

## d) Reinigungsziel

① Handelt es sich <u>nur</u> um eine Vorbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
② Handelt es sich um eine komplette Reinigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
③ Geforderte Ablaufwerte:		
BSB <sub>5</sub> _____ mg/l	P <sub>ges</sub> _____ mg/l	Colif. Keime _____ KBE/100ml
CSB _____ mg/l	NH <sub>4</sub> -N _____ mg/l	pH _____
AFS _____ mg/l	N <sub>ges</sub> _____ mg/l	Sonstiges: _____

## Bemerkungen/Sonstiges:

---



---



---



---



---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_