

KLARO GmbH 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 Weinbaubetriebabwässer

a) Betriebsinformationen

① Hergestellte Produkte:		
<input type="checkbox"/> Rotwein	<input type="checkbox"/> Weißwein	<input type="checkbox"/> Rosé <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
② Betriebszeiten:	_____ Std./Tag	_____ Tage/Jahr
③ Hauptsaison:	_____ Tage	Von _____ bis _____
④ Rebfläche:	_____ ha	
⑤ Maximale hergestellte Weinmenge:	_____ l/Tag	_____ l/Jahr
⑥ Höhenlage über dem Meeresspiegel:	_____ m	

b) Betriebsabwasser

① Maximaler täglicher Schmutzwasserabfluss:		
- Während der Hauptlesezeit: _____ m ³ /Tag		
- Außerhalb der Hauptsaison: _____ m ³ /Tag		
② Abwasserproben (Falls mehr Proben vorhanden sind, bitte zukommen lassen)		
Probe 1 – Datum: _____	Probe 2 – Datum: _____	Probe 3 – Datum: _____
BSB ₅ _____ mg/l	BSB ₅ _____ mg/l	BSB ₅ _____ mg/l
CSB _____ mg/l	CSB _____ mg/l	CSB _____ mg/l
AFS _____ mg/l	AFS _____ mg/l	AFS _____ mg/l
P _{ges} _____ mg/l	P _{ges} _____ mg/l	P _{ges} _____ mg/l
N _{ges} _____ mg/l	N _{ges} _____ mg/l	N _{ges} _____ mg/l
pH _____	pH _____	pH _____
③ Verwendete Reinigungs- und Desinfektionsmittel: _____		
④ Wird trocken vorgereinigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
⑤ 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:		
- Während der Hauptlesezeit:	_____	
- Außerhalb der Hauptsaison:	_____	
③ Wohnungen:		
- Maximale Anzahl der Bewohner:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
④ Gaststätte:		
- 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?		
- Maximale tägliche Anzahl von Gästen:	<input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein
- 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 ₅ _____ mg/l	P _{ges} _____ mg/l	Colif. Keime _____ KBE/100ml
CSB _____ mg/l	NH ₄ -N _____ mg/l	pH _____
AFS _____ mg/l	N _{ges} _____ mg/l	Sonstiges: _____

Bemerkungen/Sonstiges:

Datum: _____

Unterschrift: _____