



Fragebogen für zahnärztliche Praxen und Kliniken

Praxis/Klinik Tel.-Nr.
 Standortadresse
 Postadresse
 Inhaber/-in

Wird (wurde) eine bestehende Zahnarztpraxis oder bestehende Behandlungseinheiten übernommen? ja nein
 Wenn ja, wann, welche?

Sind Sie bereits im Besitz einer VeVA-Betriebsnummer zur Entsorgung von Sonderabfällen¹? ja nein
 Wenn ja, Nr.:

Wurde für die gesetzliche Umweltkontrolle² bereits eine Entsorgungsvereinbarung mit einem befugten Sonderabfallentsorger abgeschlossen? ja nein
 Wenn ja, mit welchem?

Wo entsorgen Sie Ihre zahnmedizinischen Sonderabfälle? Entsorgungsfirma:
 – Amalgamabfälle (Amalgamschlamm, Füllungsfragmente, kontaminierte Sprechzimmerabfälle und Revisionsteile, etc.)
 – Abfälle mit Verletzungsgefahr «Sharps» (Kanülen, Skalpelle etc.)
 – Chemikalien (Desinfektionsmittel, Laborchemikalien etc.)
 – Altmedikamente
 – Röntgen-Entwickler/-Fixier
 – andere:

Durch wen erfolgt die technische Betreuung (Dentaldepot)?

Röntgensystem: digital konventionell

Werden Amalgamfüllungen gemacht? nie gelegentlich

Bitte jede vorhandene Behandlungseinheit (Unit) in der Praxis angeben:

Unit	Raum/OP	Installiert am	AMAB ³	Tätigkeit/Arbeitsplatz (Z = zahnärztlich; DH = Dentalhygiene)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> anderes: <input type="text"/>

(evtl. weitere Units auf Rückseite oder separatem Beiblatt; die Verwendung eines zentralen AMAB bitte unter Bemerkungen angeben)

Bemerkungen:

Unterschrift Praxisinhaber/-in: _____

Ort, Datum:

Beilagen: Kataster-/Situationsplan mit eingezeichneter Lage der Praxis
 Grundrissplan mit Bezeichnungen der Praxisräume

¹ Anfragen zu VeVA-Betriebsnummern im Kt. Zürich an: veva@bd.zh.ch

² Siehe Info-Flyer AWEL (www.bus.zh.ch > Branchen > Zahnarztpraxen)

³ AMAB: Amalgamabscheider mit einem Abscheidegrad von mindestens 95%