

## Dokumentation über Maßnahmen nach Überschreitung des technischen Maßnahmewertes Legionella spec. nach § 16 Abs. 7 Satz 2 der Trinkwasserverordnung

Probenahme der Trinkwasseruntersuchung am:

Legionellennachweis in Höhe von:

Mitteilung innerhalb von **drei Tagen** nach Erhalt des Schreibens an:

Landratsamt Tübingen  
Abteilung Gesundheit/ SG 3  
Wilhelm-Keil-Straße 50  
72072 Tübingen

e-Mail: [trinkwasser@kreis-tuebingen.de](mailto:trinkwasser@kreis-tuebingen.de)

Fax: 07071/207 3331

Standort und Anschrift der Trinkwasserversorgungsanlage:

PLZ. Ort:

Straße, Hausnummer:

Gebäudebezeichnung: \_\_\_\_\_ Anzahl der Stockwerke: \_\_\_\_\_

Anzahl der Wohnungen: \_\_\_\_\_

Anzahl der Steigstränge: \_\_\_\_\_

I. Es wird Wasser im Rahmen

- einer öffentlichen Tätigkeit (öffentliche Einrichtungen),  
 gewerblichen Tätigkeit (z.B. vermietete Wohnungen),  
 gewerblich und öffentlich Tätigkeit (z.B. Hotel) abgegeben.

II. Unternehmer oder sonstiger Inhaber der Wasserversorgungsanlage  
( z.B. Hausverwaltung) nach TrinkwV § 3 Abs. 1 Nummer 2 (e)

Betreiber:	Eigentümer:
Name/ Anschrift:	Name/ Anschrift:
	_____
Ansprechpartner:	_____
_____	_____
Telefon:	_____
_____	_____
E-Mail:	_____
_____	_____

III. Ergriffene Maßnahmen durch den Unternehmer oder sonstigen Inhaber:

### 1. Information der Mieter/Nutzer

ja \_\_\_\_\_ Datum

nein

Wie/ in welcher Form:  schriftlich persönlich,  durch Aushang,

\_\_\_\_\_  
Sonstige (Form notieren)

Wenn nein, warum: \_\_\_\_\_ b.w.

**2. Veranlassung von Nutzungseinschränkungen**  ja  nein

wenn ja, welcher Art:

\_\_\_\_\_ (z.B. Duschverzicht)

**3. Die Ursachenaufklärung Gefährdungsanalyse: muss erstellt werden [§ 16 (7) Satz 1 TrinkwV] und ist auf Verlangen dem Gesundheitsamt vorzulegen.**

Wer führt sie durch: \_\_\_\_\_

Wann wird sie veranlasst: \_\_\_\_\_

**4. Technische Maßnahmen:**

Sanierung (nähere Erläuterungen unter Sonstiges):

Beginn: \_\_\_\_\_

Datum/Zeitraum

voraussichtliches Ende: \_\_\_\_\_

Datum/ Zeitraum

Desinfektion entsprechend dem DVGW Arbeitsblatt W 551

chemische Desinfektion: Datum: \_\_\_\_\_

thermische Desinfektion: Datum: \_\_\_\_\_

Temperaturerhöhung des Warmwasserspeichers

Temperatur vorher: \_\_\_\_\_ °C neu eingestellte Temperatur: \_\_\_\_\_ °C

Veränderung der Zirkulationszeit

Betriebsdauer innerhalb von 24 Stunden: \_\_\_\_\_

**5. Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**IV. Welche zwingend notwendigen weiteren Untersuchungen werden veranlasst?**

Weitergehende Untersuchung nach orientierender Untersuchung:

Wann : \_\_\_\_\_

Kalenderwoche der Probenahme

oder

Nachuntersuchung nach weitergehender Untersuchung

(früheste Probenahme: **eine Woche nach thermischer Desinfektion**)

Wann: \_\_\_\_\_

Kalenderwoche der Probenahme

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift