**Anmälan** om hygienisk behandling enligt 38 § förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd. Blanketten omfattar hygienisk behandling där blodsmitta kan ske samt bassängbad.

**Verksamhetsutövare**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Företag/OrgE: |
| Utdelningsadress: | |
| Postnummer: | Postadress: |
| Kontaktperson: | E-post: |
| Telefon/mobil: | Er beteckning (diarienummer): |

**Uppgifter om verksamheten som anmälan avser**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Verksamhetens namn: | | |
| Anmälan gäller:  Ny verksamhet  Ändring eller utbyggnad av lokal  Övertagande av verksamhet  Byte av lokal | | |
| Fastighetsbeteckning: | Kommun: | |
| Besöksadress: | Postnummer: | Postort: |
| Planerat startdatum: | Slutdatum (vid tidsbegränsad verksamhet): | |
| Övriga upplysningar: | | |

**Uppgifter om lokalen där verksamheten ska bedrivas**

|  |
| --- |
| Typ av ventilation:  Självdrag (S)   Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX)  Mekanisk frånluft (F)  Mekanisk till- och frånluft (FT) |
| Följande dokument är obligatoriska att skicka in tillsammans med anmälan!  Planritning där alla fasta installationer, till exempel toalett, omklädningsrum, rumsindelning, arbetsplatser, förråd med mera är inritade.  Uppgifter, för varje rum, om antalet personer som ventilationen är dimensionerad för (minsta ventilationskapacitet som krävs är 7 liter per sekund och person). |
| Har personalen genomgått utbildning i enligt 13 § AFS 2018:4? Ja Nej |

**Uppgifter om lokalen där hygienisk behandling ska ske**

|  |  |
| --- | --- |
| Typ av hygienisk behandling:  Fotvård med skalpell   Akupunktur  Hudvård med lansetter  Tatuering   Piercing  Annan hygienisk behandling med stickande och skärande verktyg, specificera: | |
| Antal behandlingsplatser: | Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt: |
| Lokalens yta (m2): | Finns separat städutrymme med utslagsvask?  Ja Nej |
| Finns separat handtvättställ i behandlingsrummet?  Ja Nej | |
| Finns det någon annan verksamhet i anläggningen?  Ja, vad:  Nej | |
| För sterilisering eller rengöringsmetod av flergångsredskap/-instrument används:  Autoklav Torrsterilisator Ultraljudsbad  Annan rengöringsmetod (till exempel kemisk desinfektion): | |
| Övriga upplysningar: | |

**Uppgifter om anläggning för bad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Typ av anläggning:  Bassängbad  Badtunna  Bubbelpool  Floatingtank | | |
| Antal bassänger eller badtunnor: | Maximalt antal badande: | Lokalens yta (m2): |
| Följande dokument är obligatoriskt att skicka in tillsammans med anmälan!  Teknisk beskrivning av reningsanläggning. | | |
| Övriga upplysningar: | | |

**Underskrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | |
| Namnteckning | Namnförtydligande |

**Anmälan skickas per post till Försvarsinspektören för hälsa och miljö, 107 85 STOCKHOLM, via VIDAR eller per e-post till** [**exp-fihm@mil.se**](mailto:exp-fihm@mil.se)**.**

**UPPLYSNINGAR**

Verksamheten får påbörjas tidigast 6 veckor efter det att anmälan har gjorts, om inte FIHM meddelar annat. Om blanketten är bristfälligt ifylld kommer FIHM att begära en komplettering i ärendet, vilket kan fördröja handläggningen.

**Information om registreringen**

|  |
| --- |
| Uppgifterna som lämnas i denna anmälningsblankett kommer att behandlas av FIHM enligt 2 kap. 9 § försvarsdatalagen för att FIHM ska kunna fullgöra sitt tillsynsansvar. För mer information om Försvarsmaktens personuppgiftsbehandling och för en beskrivning av vilka rättigheter enskilda har, [www.forsvarsmakten.se/personuppgifter](http://www.forsvarsmakten.se/personuppgifter). |