**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****.**

**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). |