

## Anmälan om hygienisk verksamhet

38 § punkt 1, förordningen (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd

### Uppgifter om verksamheten

Lokalens/anläggningens namn	Företagets namn
Lokalens/anläggningens besöksadress	Organisationsnummer
Verksamhetens post skickas till: (postadress, postnr, Ortsnamn)	Namn på ansvarig/kontaktperson
	Telefon ansvarig/kontaktperson (även mobil)
Telefon till lokalen	Fax ansvarig/kontaktperson
Fastighetsbeteckning	E-post ansvarig/kontaktperson

### Faktureringsadress

Jag vill att fakturor skickas till den postadress som jag angivit ovan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om "Nej" ange rätt faktureringsadress nedan.	
Namn/adressat	Kostnadsställe, referens, etc
Adress	Postnummer och ort

### Typ av anläggning

<input type="checkbox"/> Öronhåltagning, metod: _____	<input type="checkbox"/> Annan piercing
<input type="checkbox"/> Fotvård	<input type="checkbox"/> Tatuering
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Injektioner
<input type="checkbox"/> Annan behandling där hål görs i huden _____	

### Andra uppgifter om verksamheten

Är verksamheten ambulerande? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Både ambulerande och i lokal
Antal behandlingsplatser _____ Antal personer som arbetar _____
Öppettider _____

Om skrivutrymmet inte räcker, fortsätt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

## Farligt avfall

Uppstår det avfall som är stickande/skärande i verksamheten?  Ja  Nej

Om "Ja":

Ange vilken typ av avfallsbehållare ni använder: \_\_\_\_\_

Vem tar emot stickande/skärande avfall samt övrigt avfall som också klassas som "farligt avfall"?

\_\_\_\_\_

## Sortering av verksamhetens övriga avfall

Vilka fraktioner sorteras?

Glas  Papper  Plast  Metall  Papp/kartong

## Kemikaliehantering samt "Kosmetika och hygienprodukter"

Kemikalieförteckning (enligt 7§ i FVE) över de kemiska produkter som används inom verksamheten (t ex desinfektionsmedel). Använd bifogad blankett, bilaga \_\_\_\_

Verksamheten har egen tillverkning eller import av kosmetika och hygienprodukter

Tillverkningen/importen är anmäld till Läkemiddelsverket

## Kunskapskravet (2 kap 2 § miljöbalken)

Ge exempel på hur ni uppfyller miljöbalkens krav på verksamhetsutövarens kunskap (t ex utbildning, egna undersökningar, medlemskap i branschorganisation, system för att hålla sig ajour).


Har ni Socialstyrelsens handbok "Yrkesmässig hygienisk verksamhet"?  Ja  Nej

## Hushållningsprincipen och kretsloppsprincipen (2 kap 5 § miljöbalken)

Ge exempel på hur ni kommer att arbeta för att effektivisera användningen av energi samt hushålla med råvaror och material.


Om skrivutrymmet inte räcker, fortsatt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

**Verksamhetens ansvarsfördelning** (Ansvarsfördelning ska finnas skriftligt enl. 4 § FVE = förordning (1998:901) om verksamhetsutövares egenkontroll)

Hur har ni fördelat ansvaret för frågor som rör miljö och hälsa? Är ansvarsfördelningen fastställd av högst ansvarig för verksamheten? Beskriv eller bifoga dokumentation!


**Verksamhetens risker**

(Riskbedömning ska finnas skriftligt enl. 6 § FVE. Bifoga antingen in din riskbedömning på ett separat papper eller fyll i på raderna nedan.)

**...för påverkan på HÄLSAN**

Exempel hälsorisker kan vara:

smitta mellan människor via ytor/utrustning/luft, allergiska besvär/ överkänslighetsreaktioner, buller, infektioner, andra sjukdomstillstånd

Ange här tänkbara hälsorisker från verksamheten:	Er bedömning av hur ni bör gå till väga för att hantera hälsoriskerna

**...för påverkan på MILJÖN**

Exempel miljörisker kan vara

utsläpp till vatten/luft, mängder och typer av avfall, förbrukning av kemikalier, förbrukning av råvaror och material, energiförbrukning

Ange här tänkbara miljörisker från verksamheten:	Er bedömning av hur ni bör gå till väga för att hantera miljöriskerna

Om skrivutrymmet inte räcker, fortsatt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

## Rutiner för kunddialog (kunskapskravet & försiktighetsprincipen 2 kap MB)

Har ni **fasta** rutiner för vilka frågor ni ställer till kunden inför en behandling för att minska risken för negativa konsekvenser för hälsan? Ja  Nej

Om "Ja", beskriv här eller bifoga separat checklista:

Har ni **fasta** rutiner för information (t ex skötselråd) som ni lämnar till kunden inför en behandling för att minska risken för negativa konsekvenser för hälsan? Ja  Nej

Om "Ja", beskriv här eller bifoga separat checklista:

## Lokalen och allmänna hygienfrågor

Används lokalen för annat än hygienisk behandling? Ja  Nej

Kommentar:

Vilken typ av ventilation har lokalen?  Frånluft via självdrag  Frånluft via fläkt (F)  
 Både från- o tilluft via fläkt (FT och FTX)  
 Tilluft via spalter/friskluftsventiler  
 Punktutsug finns \_\_\_\_\_

Vilken luftväxling är det i lokalen? Ange i l/s.

Finns särskilt städutrymme? Ja  Nej  Om Nej, hur förvaras städmaterial?

Finns utslagsvask? Ja  Nej

Om Nej, var hålls skurvatten och eventuellt fotvatten ut?

Om skrivutrymmet inte räcker, fortsätt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

Finns tvättställ för personalen i behandlingsutrymmet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Nej, hur säkerställer ni god handhygien?		
Finns personaltoalett med flytande tvål och engångshanddukar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns separat kundtoalett med flytande tvål och engångshanddukar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns separat plats (t ex separat diskbänk) utrymme för smittrening?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kommentar:		
Används särskilda arbetskläder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Var förvaras arbetskläderna?		
Var sker tvätt av textilier?		

## Hygienrutiner (5 § egenkontrollförordningen och SOSFS 2006:4)

### Smittrening av utrustning

Beskriv vilka moment ni gör, och i vilken ordning, när ni rengör och smittrener er utrustning. Om ni gör "kemisk desinfektion", ange produkt och tid. Om ni gör "termisk desinfektion", ange temperatur och tid.			
Vilken/-a smittreningssapparater används i verksamheten?			
<input type="checkbox"/> diskdesinfektor	<input type="checkbox"/> torrsterilisator	<input type="checkbox"/> autoklav	<input type="checkbox"/> UV-ljus
<input type="checkbox"/> ultraljud	<input type="checkbox"/> kokplatta	<input type="checkbox"/> annat: _____	
Görs någon funktionskontroll ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Om Ja, med vilket intervall?			
Vad?			

Om skrivutrymmet inte räcker, fortsätt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

Den utrustning som ni använder som ska vara steril, hur blev den steril?

- köps in sterilförpackat  lämnar gods till ex.vis sterilcentralen för smittrening  
 gör själv sterilförpackat gods  annat:

Kommentar:

Hur förvaras höggradigt rent och sterilt material?

### Hygien vid behandlingarna

Beskriv era hygienrutiner vid behandlingarna t.ex. handtvätt, huddesinfektion, ytdesinfektion, användning av handskar. Beskriv momenten i den ordning de sker.

### Städning

Hur ser era städrutiner ut? Beskriv vad ni gör t.ex. dagligen, veckovis respektive med längre intervall.

### Förteckning över bilagor som bifogas

<input type="checkbox"/>	Kemikalieförteckning (ska finnas skriftligt enl. 7 § FVE)
<input type="checkbox"/>	Ritning över lokalen och dess inredning
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Om skrivutrymmet inte räcker, fortsatt på ett separat papper och bifoga som en bilaga.

**Skicka blanketten med bilagor till:**

Sundsvalls kommun  
Miljökontoret  
851 85 Sundsvall

---

Underskrift av verksamhetsansvarig

Datum

---

Namnförtydligande

**Vem ska göra anmälan?**

Den som ska driva verksamheten benämns "verksamhetsutövare" och är den som ska fylla i anmälningsblanketten.

Om det finns flera verksamhetsutövare (t ex olika företag med separata organisationsnummer) inom lokalen som ska bedriva anmälningspliktig verksamhet, så ska varje företag lämna in en egen anmälan.

Ambulerande verksamhet är också anmälningspliktig.

**Typ av anläggning**

Markera samtliga typer av verksamhet som anmälan gäller. Om det inte finns någon ruta som passa så skriv på raden "Annan behandling där håll görs i huden".

**Anmälningsplikten är inte fullgjord förrän anmälan är komplett.**

Miljökontoret behöver vissa uppgifter för att kunna bedöma de lokaler och anordningar som avses i anmälan. Anmälan är komplett först när miljökontoret har de nödvändiga beskrivningarna.

**När ska man anmäla och vad kan hända om man inte anmäler?**

Anmälan ska göras minst 6 veckor innan verksamheten startar, om inte miljökontoret bestämmer något annat.

Den som påbörjar en verksamhet utan att ha gjort en anmälan riskerar att drabbas av en miljöstraffavgift på 3 000 kr. Miljöstraffavgiften tillfaller staten.

**Fast avgift för anmälan**

Du får betala en fast avgift för din anmälan. Avgiften omfattar arbete med bland annat inspektioner, ritningsgranskning, skrivarbete. Taxan hittar du på <http://www.sundsvall.se/taxormiljokontoret/>

**Kontakta oss om du vill veta mer!**

Postadress: 851 85 SUNDSVALL  
Besöksadress: Norrmalmsgatan 4  
Telefon: 060-19 10 00 växel, 19 11 90 expedition  
E-post: [miljonamnden@sundsvall.se](mailto:miljonamnden@sundsvall.se)

Vi hanterar dina personuppgifter enligt Dataskyddsförordningen (EU 2016/679). Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring, begära att vi begränsar behandlingen, göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss via [www.sundsvall.se/personuppgifter](http://www.sundsvall.se/personuppgifter). Där hittar du även kontaktuppgifter till vårt Dataskyddsombud. Har du klagomål på vår behandling av dina personuppgifter kontaktar du tillsynsmyndigheten Datainspektionen telefon 08-657 61 00. Se även [www.datainspektionen.se/kontakta-oss](http://www.datainspektionen.se/kontakta-oss)