

**ANMÄLAN OM VERKSAMHET
MED HYGIENISK
BEHANDLING**

Ska anmälas senast 6 veckor
innan verksamhetens start

Alla verksamheter där man använder redskap som ska penetrera huden och som medför risk för blodsmitta är anmälningspliktiga. Hygienisk behandling som innebär risk för blodsmitta genom användning av skalpeller, akupunktur nålar, piercings- och tatueringssverktyg, lansetter eller andra liknande skärande eller stickande verktyg.

Fastighet
Sökanden

Fastighetsbeteckning:	Sökandens namn: *)	Personnr./ Org.nr:
Fastighetens adress:	Adress:	Tel:
Postadress:	Postadress:	Tel mobil:
Fakturamottagare (om annan än sökanden):		Personnr./ Org.nr:
Fakturaadress:		
E-post:		

*) Då ombud anlitas ska fullmakt bifogas ansökan.

Lokal där verksamhet ska bedrivas

Verksamhetens namn	Datum för start av verksamhet
Lokalens besöksadress	Fastighetsbeteckning

Typ av hygienisk behandling

<p>Kryssa i de behandlingar som utförs i din verksamhet:</p> <p><input type="checkbox"/> akupunktur</p> <p><input type="checkbox"/> kosmetiska behandlingar med injektioner</p> <p><input type="checkbox"/> tatuering</p> <p><input type="checkbox"/> kosmetisk tatuering</p> <p><input type="checkbox"/> piercing (håltagning utan användning av engångskassetter)</p> <p><input type="checkbox"/> fotvård med användning av stickande/skärande verktyg (ex. skalpeller)</p> <p><input type="checkbox"/> hudvård med användning av stickande/skärande verktyg (ex. lansetter)</p> <p><input type="checkbox"/> pedikyr eller manikyr med användning av stickande/skärande verktyg</p> <p><input type="checkbox"/> kroppsmodifiering</p> <p><input type="checkbox"/> övrig stickande/skärande verksamhet, beskriv verksamhet _____</p>
<p>Utförs behandlingen av person legitimerad enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, hur stor andel av behandlingarna bedömer ni sker av medicinsk anledning?</p> <p>_____ % sker av medicinsk anledning (övrige procent bedöms vara estetiska behandlingar).</p>

Utförs behandlingen på uppdrag av eller inom en vårdgivares verksamhet?

Ja Nej

Om ja, hur stor andel av behandlingarna bedömer ni sker av medicinsk anledning?

_____ % sker av medicinsk anledning (övriga procent bedöms vara estetiska behandlingar).

Lokalbeskrivning

Lokalyta: _____ m ²	Golvbeklädnad
Väggbeklädnad (ex. tapet, kakel, målat)	Antal toaletter
Finns separat städutrymme med utslagsvask <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Max antal personer som beräknas vistas i lokalen samtidigt
Tidigare verksamhet i lokalen	Finns separat handtvättställ i behandlingsrum <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Bedrivs någon annan verksamhet i lokalen?	Antal behandlingsrum i lokalen
Befintlig ventilation: <input type="checkbox"/> Självdrag (typ S) <input type="checkbox"/> Mekanisk från- och tilluft (typ FT)	<input type="checkbox"/> Mekanisk frånluft (typ F) <input type="checkbox"/> Mekanisk från- och tilluft med värmeåtervinning (typ FTX)

Övriga upplysningar

Till anmälan SKA det bifogas:

Bifogat? Checka av för att inte missa någon bilaga.

- Planritning som visar lokalens utformning med rumsfördelning/användningssätt och inredning. Markera även var handtvättställ, toalett, städutrymme, plats för rengöring av utrustning och eventuell utslagsvask för behandlingsvatten (fotvård) är placerad.
- Eventuell kopia av legitimation enligt patientsäkerhetslagen.
- Bifoga även beskrivning över hur sterilisering av redskap ska utföras samt kopior på eventuella valideringsprotokoll/sporprovsanalyser för den aktuella steriliseringsutrustningen.
- Bifoga gärna ytterligare handlingar såsom skriftliga rutiner för egenkontroll av verksamheten.

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är korrekta.

Vid undertecknande av blanketten är du betalningsansvarig, om inte giltig fullmakt finns.

Sökandes underskrift – för företag medsånds bevis om firmatecknare

Ort och datum:	Ort och datum:
Namnteckning:	Namnteckning:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:
Personnr./ Org.nr:	Personnr./ Org.nr:

För handläggning och prövning av ärendet kommer en avgift enligt gällande taxa att tas ut. Taxan finns tillgänglig på kommunens webbplats.

Komplett ansökan skickas till:

- Varmdo.kommun@varmdo.se eller,
- Värmdö kommun
Bygg- och miljöavdelningen
134 81 Gustavsberg

Behandling av personuppgifter

De personuppgifter du lämnar när du skickar in uppgifter registreras och behandlas enligt reglerna i dataskyddsförordningen (GDPR). Dina uppgifter kommer att bevaras och arkiveras. Det görs eftersom uppgifterna behövs för vår myndighetsutövning (artikel 6, 1.e i GDPR).

Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Du har också rätt att få felaktiga uppgifter rättade. Läs gärna mer på varmdo.se/personuppgifter om hur kommunen behandlar personuppgifter. Personuppgiftsansvarig är bygg-, miljö-, och hälsoskydds nämnden. Har du frågor eller synpunkter på hur personuppgifter hanteras kontakta vårt dataskyddsbud: dataskyddsbud@varmdo.se. Vid klagomål kan du även vända dig till Datainspektionen, datainspektionen.se.