



**Anmälan om håltagning med håltagningspistol,  
yrkesmässig hygienisk verksamhet**

Enligt 38 § förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd punkt 1

**Grunduppgifter håltagningsverksamhet**

Lokalen/verksamhetens namn	Besöksadress
Telefon	Fastighetsbeteckning
E-postadress	

**Företagsuppgifter**

Registrerat firmanamn	Organisationsnummer
Firmatecknare	Faktureringsadress

**Kontaktperson/ansvarig håltagning**

Namn	Telefon
E-postadress	

**Typ av huvudverksamhet**

<input type="checkbox"/> Frisersalong/skönhetssalong	<input type="checkbox"/> Guldsmed/smyckesaffär
<input type="checkbox"/> Apotek	<input type="checkbox"/> Annan verksamhet:

**Kroppsdelar där håltagning utförs**

<input type="checkbox"/> Örsnibb	<input type="checkbox"/> Ögonbryn	<input type="checkbox"/> Läpp
<input type="checkbox"/> Örats broskdel	<input type="checkbox"/> Näsa	<input type="checkbox"/> Annan kroppsdel:

**Håltagningsutrustning**

<input type="checkbox"/> Blomdahl	<input type="checkbox"/> Studex	<input type="checkbox"/> Inverness	
<input type="checkbox"/> Annat märke:			
Sitter håltagningsstiftet/smycket färdigmonterat i steril kassett?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Finns sterilmärkning och utgångsdatum på kassetten?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Material i läksmycke:			
<input type="checkbox"/> plast	<input type="checkbox"/> titan	<input type="checkbox"/> guld	<input type="checkbox"/> annat:
Finns nickel i läksmycke?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		

**Uppgifter håltagare**

Antal personer i verksamheten som utför håltagning	
Har samtliga håltagare genomgått utbildning i håltagning?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



**Anmälan om håltagning med håltagningspistol,  
yrkesmässig hygienisk verksamhet**

Enligt 38 § förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd punkt 1

Om ja, vilken utbildning

**Hygienrutiner håltagning**

Beskriv vilka hygienrutiner som tillämpas vid håltagning (ex. handtvätt/desinfektion håltagares händer, desinfektion av kundens hud etc.)

**Information till kund**

Lämnas skriftliga råd om eftervård/skötsel till kund?

Ja  Nej

Om ja, beskriv gärna vilka råd som lämnas:

**Underskrift** (Jag samtycker till att uppgifterna behandlas enligt gällande dataskyddslagstiftning)

Datum	Ort
Namnunderskrift sökande/behörig firmatecknare	Namnförtydligande
Jag vill ta emot skrivelser/beslut i ärendet via: <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Brev	

**Anmälan om håltagning med håltagningspistol,  
yrkesmässig hygienisk verksamhet**

Enligt 38 § förordningen om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd punkt 1

**Information om anmälan för verksamhet med hygienisk behandling**

Enligt 38 § förordning (1998:899) om miljöfarlig verksamhet och hälsoskydd ska den som avser att bedriva verksamhet där allmänheten yrkesmässigt erbjuds hygienisk behandling, som innebär risk för blodsmitta eller annan smitta, göra en anmälan till Samhällsbyggnadsnämnden. Nedan följer exempel på verksamheter som omfattas av anmälningsplikt enligt miljöbalken:

Akupunktur	Håltagning/Piercing	Annan verksamhet med
Fotvård	Tatuering	skärande/stickande verktyg

Syftet med en anmälan är att bygg- och miljöavdelningen ska få möjlighet att ta ställning till om verksamheten kan godtas från hälso- och miljösynpunkt eller om föreläggande om några särskilda krav eller om förbud behövs.

Anmälan ska även göras vid ägarbyte, vid väsentlig ombyggnad eller om verksamhetsinriktningen förändras eller utökas.

Kontakta alltid miljö- och hälsoenheten om du är osäker på om din verksamhet omfattas av anmälningsplikt.

**Avgift**

I samband med anmälan kommer en avgift att faktureras för handläggningstiden i ärendet. För handläggande av denna anmälan gäller timtaxa. Då debiteras avgift för varje timme nedlagd handläggningstid i ärendet.

Anmälan skickas till:	Örnsköldsviks kommun Miljö- och hälsoenheten 891 88 Örnsköldsvik
Lämnas i:	Receptionen på stadshuset Kronan, Järnvägsgatan 6
E-post:	samhallsbyggnad@ornskoldsvik.se