

Anmäla ny/ändring hälsoskyddsverksamhet

* Obligatoriska fält

Typ av ärende och fastighet

Ärendet avser* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ny verksamhet	<input type="checkbox"/> Övertagande av verksamhet
<input type="checkbox"/> Flytt av befintlig verksamhet eller byte av lokal för befintlig verksamhet	<input type="checkbox"/> Ändring av befintlig verksamhet (namnändring, ändringar i verksamheten)
<input type="checkbox"/> Nedläggning eller upphörande av verksamhet	

Typ av verksamhet* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Fast verksamhet	<input type="checkbox"/> Ambulerande verksamhet
<input type="checkbox"/> Verksamheten har både fast och ambulerande verksamhet	

Välj om du vill söka upp den aktuella fastigheten på adress eller fastighetsbeteckning* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Sök på fastighetsbeteckning	<input type="checkbox"/> Sök på adress

Här söker du i kommunens fastighetsregister. Börja fyll i fastighetsbeteckningen och välj sedan fastighet från listan som visas.

Ange fastighetsbeteckning *

Här söker du i kommunens fastighetsregister efter en fastighet med din angivna adress. Tänk på att du måste skriva en fullständig adress med ett mellanslag mellan gatunamn och nummer.

Ange adress *

Ambulerande verksamhet

Beskriv din ambulerande verksamhet*

Verksamhets placering

Finns en fast placering för verksamheten? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Adress (avställningsplats)

Postnummer (avställningsplats)

Ort (avställningsplats)

Ange lokal där rengöringen utförs

Information om fastigheten

Fastighetsbeteckning
Status
Fastighetens adress(er)
Eventuell kommentar gällande adressen

Registrering av verksamhet

Utgående verksamhet

Byte av adress behandlas på samma sätt som registrering av ny hälsoskyddsverksamhet. Ange här uppgifter för den utgående verksamheten

Vad heter den utgående verksamheten
Ange antingen fastighetsbeteckning eller den fulla adressen (gatuadress, postnummer och ort)
Adressuppgifter för den utgående verksamheten

Ny verksamhet

Verksamhet ska registreras* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Med koppling till din befintliga verksamhet (befintligt objekt)	<input type="checkbox"/> Oberoende verksamhet (nytt objekt)

Befintlig verksamhet(er)

Välj verksamhet att registrera anläggningen på *

Uppgifter om verksamheten

Vad ska den nya verksamheten heta?

Tidsperiod för verksamheten* (Du kan endast välja ett alternativ)

Tillsvidare

Säsongsverksamhet (verksamhet som bedrivs under viss period varje år)

Tidsbegränsad verksamhet

Datum från*

Datum till*

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Registrering av verksamhet - Ägarbyte

Nedan ser du en lista av anläggningar som är registrerade på fastigheten du angett. Välj anläggningen som ska byta ägare eller klicka i "Jag hittar inte min anläggning i listan"

Välj verksamhet
<input type="checkbox"/> Jag hittar inte min anläggning / verksamhet i listan

Befintlig verksamhet (verksamheter)

Vad heter verksamheten du vill ändra på
Adress för verksamheten du vill ändra på

Verksamhetsuppgifter

Nytt namn på verksamheten*
Tidsperiod för verksamheten* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Säsongsverksamhet (verksamhet som bedrivs under viss period varje år) <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad verksamhet
Datum från*
Datum till*

Registrering av verksamhet

Utgående verksamhet

Byte av ägare eller adress behandlas på samma sätt som registrering av ny hälsoskyddsverksamhet. Ange här uppgifter för den utgående verksamheten

Vad heter den utgående verksamheten?
Ange antingen fastighetsbeteckning eller den fulla adressen (gatuadress, postnummer och ort)
Adressuppgifter för den utgående verksamheten

Ny verksamhet

Vad ska den nya verksamheten heta?*
Sker det även förändringar i verksamheten? (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tidsperiod för verksamheten* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Säsongsverksamhet (verksamhet som bedrivs under viss period varje år) <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad verksamhet
Datum från*
Datum till*

Ändring av verksamhet

Välj hälsoskyddsverksamheten
<input type="checkbox"/> Jag hittar inte min anläggning i listan

Befintlig verksamhet

Namn på verksamheten du vill ändra på
Organisationsnummer på verksamhet du vill ändra på
Adress för verksamheten du vill ändra på

Befintlig mobil verksamhet

Namn på verksamheten du vill ändra på
Uppställningsadress för verksamheten du vill ändra på

Förändring

Vill du ändra namn på verksamheten?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Nytt verksamhetsnamn
Sker det förändring av verksamheten?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv förändringar i fritext *
Ändringar gäller från*

Nedläggning eller upphörande av verksamhet

Välj hälsoskyddsverksamheten
<input type="checkbox"/> Jag hittar inte min anläggning i listan

Befintlig verksamhet

Namn på verksamheten du vill ändra på
Adress för verksamheten du vill ändra på

Befintlig ambulerande verksamhet

Namn på verksamheten du vill ändra på
Uppställningsadress för verksamheten du vill ändra på

Nedläggning

Anledningen till nedläggningen*
Verksamhet läggs ned från*
Tar någon över verksamhet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Skriv namnet för den nya ägaren

Verksamhet

Vilken verksamhet rör det?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Skola, förskola, fritidshem	<input type="checkbox"/> Yrkesmässig hygienisk behandling som innebär risk för blodsmitta eller annan smitta på grund av användningen av skalpeller, akupunktur nålar, piercingsverktyg, microneedlingnålar eller andra liknande skärande eller stickande verktyg
<input type="checkbox"/> Bassängbad	<input type="checkbox"/> Solarium

Skola, förskola, eller fritidsverksamhet

Verksamheten

Typ av verksamhet*	
<input type="checkbox"/> Förskola	<input type="checkbox"/> Fritidshem
<input type="checkbox"/> Förskoleklass	<input type="checkbox"/> Grundskola
<input type="checkbox"/> Grundsärskola	<input type="checkbox"/> Gymnasieskola
<input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola	<input type="checkbox"/> Öppen fritidsverksamhet
<input type="checkbox"/> Annan	
Om annan, beskriv vilka	
Om skola, vilka av dessa lokaler ingår	
<input type="checkbox"/> Biologi, fysik, kemi	<input type="checkbox"/> Gymnastiksal
<input type="checkbox"/> Slöjd	

Lokalen

Totala ytan i kvadratmeter	
Antal avdelningar *	
Totalt antal tänkta barn/elever*	
Totalt antal personal*	
Fördelning av lokalerna *	
1. Avdelning	2. Avdelning
1. Antal elever/barn	2. Antal elever/barn
1. Antal personal	2. Antal personal
3. Avdelning	4. Avdelning

3. Antal elever/barn	4. Antal elever/barn
3. Antal personal	4. Antal personal
Är lokalen nybyggd?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Byggår	
Om nej, vad har lokalen använts till tidigare?	
Vilka eventuella åtgärder/ändringar kommer att utföras för att anpassa lokalen?	
Antal toaletter som barn/elever kommer ha tillgång till*	
Är lokalen akustikdämpad med exempelvis ljudabsorbenter?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kommer verksamhet att bedrivas i lokaler på annan plats?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Var lokalerna är belägna?	
Ventilationstyp* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Självdrag (S) <input type="checkbox"/> Mekanisk frånluft (F) <input type="checkbox"/> Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX) <input type="checkbox"/> Mekanisk till- och frånluft (FT)	
Har radonmätningar utförts?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
När planerar ni att göra radonmätningen? *	

Utomhusmiljö

Totala utomhusytan i kvadratmeter
Beskriv utomhusytan och vilka möjligheter som finns för barnen att vistas i skugga*
Övriga upplysningar (närliggande bullerkällor, kraftledning, djurhållning etc)

Hygienisk behandling

Typ av verksamhet*	
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/> Barberare (rakning med kniv/rakblad)
<input type="checkbox"/> Fotvård	<input type="checkbox"/> Håltagning med håltagningspistol
<input type="checkbox"/> Kosmetisk tatuering eller permanent make-up	<input type="checkbox"/> Microneedling
<input type="checkbox"/> Nagelsalonger och pedikyrverksamhet, som använder sig av stickande/skärande verktyg	<input type="checkbox"/> Piercing
<input type="checkbox"/> Annan stickande och skärande behandling	<input type="checkbox"/> Tatuering
Beskriv vilken typ av behandling*	
Fördelning	
1. Antal behandlingsplatser	2. Antal behandlingsplatser
1. Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt baserat på ventilationen	2. Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt baserat på ventilationen
1. Lokalens yta (m²)	2. Lokalens yta (m²)
3. Antal behandlingsplatser	4. Antal behandlingsplatser
3. Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt baserat på ventilationen	4. Maximalt antal personer som vistas i lokalen samtidigt baserat på ventilationen
3. Lokalens yta (m²)	4. Lokalens yta (m²)

Ventilation

Ventilationstyp* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Självdrag (S)	<input type="checkbox"/> Mekanisk frånluft (F)
<input type="checkbox"/> Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX)	<input type="checkbox"/> Mekanisk till- och frånluft (FT)

Finns separat städutrymme med utslagsvask?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Finns separat handtvättställ i behandlingsrummet?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Delar ni lokal med någon annan verksamhet?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Ange namn och typ för verksamheten som ni delar lokalen med*

Redskap och instrument*

Flegångsredskap / instrument

Engångsredskap / instrument

Sterilisering eller rengöringsmetod av flegångsredskap / instrument*

Autoklav

Torrsterilisator

Ultraljudsbad

Annan rengöringsmetod (t.ex. kemisk desinfektion)

Ange vid annan*

Badverksamhet

Verksamheten

Typ av verksamhet*

Äventyrsbad

Badtunna

Bassängbad

Bubbelpool

Floatingtank

Annat

Ange vid annat *

Antal bassänger*

Beräknat antal besökare/dag*

Bassängbad planeras*

Inomhus

Utomhus

Finns annan verksamhet i lokalen?*(Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Ange vad för annan verksamhet som finns i lokalen *

Ventilation

Ventilationstyp* (Du kan endast välja ett alternativ)

Självdrag (S)

Mekanisk frånluft (F)

Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX)

Mekanisk till- och frånluft (FT)

Vatten och avlopp

Vattenförsörjning* (Du kan endast välja ett alternativ)

Kommunal

Enskild

Annan

Ange vid annan vattenförsörjning *

Avlopp* (Du kan endast välja ett alternativ)

<input type="checkbox"/> Kommunalt	<input type="checkbox"/> Enskilt
<input type="checkbox"/> Annat	
Ange vid annat avlopp *	

Solarieverksamhet

Verksamheten

Antal solariebäddar*	
Lysrören i solariebäddar är av UV-typ 3* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är solariet bemannat?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis
<input type="checkbox"/> Nej	

Säkerhet solariebäddar

Är solarierna utrustade med automatisk avstängning?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är längsta möjliga soltid 15 minuter?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kan tidur ställas in så att rekommenderade soltider följs?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är solariebäddarna avskärmade?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns varningstext för UV-strålning i solarierna?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är solarium med solarielysrör märkt med uppgifter om UV-typ och ekvivalenskod för rören, samt intervall för ersättningsrörs x- och y-värden, enligt Svensk Standard?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns en rörskylt på varje solarium som visar vilken sorts rör som används?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är solarierna konstruerade så att UV-strålningen inte ökar om ett filterglas saknas, lossnar eller är trasigt?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Säkerhet övrigt

Finns exponeringsschema för varje solariemodell uppsatt i lokalen?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns skyddsglasögon som uppfyller Strålsäkerhetsmyndighetens krav tillgängliga? * (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Finns Strålsäkerhetsmyndighetens affisch "Råd för att skydda din hälsa" uppsatt vid varje solarium och där betalning eller bokning för solning sker?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Säljer ni kosmetiska eller hygieniska produkter som är avsedda att appliceras på huden före solning och som förstärker UV-strålningens verkningar?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Åldersgräns

Hur säkerställer ni att endast personer på 18 år eller äldre får tillgång till solarier?*

Finns tydlig information uppsatt om att det är 18-års gräns för att sola?*

Ja

Ventilation

Ventilationstyp* (Du kan endast välja ett alternativ)

Självdrag (S)

Mekanisk frånluft (F)

Från- och tilluft med värmeåtervinning (FTX)

Mekanisk till- och frånluft (FT)

Bilagor

Bilagor som ska lämnas in med din anmälan

Handlingar måste vara av någon av dessa filtyper:

pdf, gif, jpeg, jpg, png, tif, tiff, doc, docx

Planritning
Redovisning av radonmätning i inomhusluften
Redovisning av ventilationssystem och luftflöden
Solarietillverkarens intyg
Situationsplan
Teknisk beskrivning av reningsanläggning
Personbelastningskarta
Ritning / tabell för maxpersonangivelse och ventilation
Redovisning av verksamhetens egenkontroll
Fullmakt
Intyg eller annan dokumentation på genomförd hygienutbildning
Övriga bilagor

Verksamhetsutövare (företag/organisation/enskild firma)

Verksamhetsutövare

Organisationsnummer (12 siffror)*
Namn på företaget*
Kontaktperson*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*

E-post*
Fakturamottagare* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Samma organisationsnummer som ovan <input type="checkbox"/> Önskar registrera annan fakturamottagare
Annan fakturamottagare i egenskap av (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Privatperson <input type="checkbox"/> Företag

Kontaktperson

Kontaktperson för anmälan. Den angivna personen kan följa ärendet digitalt med Bank-ID inloggning.

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Mobil
Telefon
E-post*

Fakturamottagare

Personnummer Ange i formatet (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)*
Förnamn*
Efternamn*
Fakturaadress*
Postnummer*
Ort*
Eventuell referens
E-post
Övrig information kring fakturering

--

Organisationsnummer (12 siffror)
Namn på företaget*
Fakturaadress*
Postnummer*
Ort*
Eventuell referens
E-post
Övrig information kring fakturering

Här kan du se frågorna i e-tjänsten. Anmälan gör du i e-tjänsten

Anmälan skickas av

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Mobil
Telefon
E-post*

Övrig information

Lämna gärna övrig information som inte framgår i anmälan

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift