

Datum:

Adressat:

Absender:

Bezirksregierung Münster  
Dezernat 56 - Arbeitsschutz  
Domplatz 1-3  
48143 Münster

## **Anzeige gemäß § 16 Biostoffverordnung**

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffverordnung - BioStoffV) vom 15.Juli 2013 (BGBl. I Nr. 40 vom 22.07.2013 S. 2514)

### **A. der erstmaligen Aufnahme:**

- a) einer gezielten Tätigkeit mit Biostoffen der Risikogruppe 2 (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 a. BioStoffV)  
 b) einer nicht erlaubnispflichtigen Tätigkeit mit Biostoffen der Risikogruppe 3 (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 b. BioStoffV)

in Laboratorien, in der Versuchstierhaltung und in der Biotechnologie

### **B. der Änderung:**

- a) einer erlaubten Tätigkeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 2. BioStoffV)  
 b) einer angezeigten Tätigkeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 2. BioStoffV)

### **C. der Aufnahme:**

- eines infizierten Patienten in eine Patientenstation der Schutzstufe 4 (§ 16 Abs. 1 Nr. 3. BioStoffV)

### **D. des Einstellens:**

- einer erlaubnispflichtigen Tätigkeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 4. BioStoffV)

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### **Anlagen:**

- Formblatt I: Allgemeine Angaben zur Anzeige**  
 **Formblatt II: Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung** (nach TRBA 400)  
 **Grundrisszeichnung**

aus der die sicherheitstechnischen Einrichtungen (wie Autoklav, MSW, Zentrifugen, etc.); die Einrichtungen zur Dekontamination, Reinigung und Desinfektion (u.a. Handwaschbecken, Desinfektionsmittel-, Handwaschmittel- und Einmalhandtuchspender, Augenspülung); Sichtfenster und Aufschlagsrichtung der Türen; Aufbewahrungsort der Persönlichen Schutzausrüstung und der Straßenkleidung; hervorgehen.

- Prüfprotokolle der Installationsprüfung** (Prüfung vor der ersten Inbetriebnahme) der Geräte, deren Sicherheit von den Aufstellungsbedingungen abhängt. (z.B. MSW; Autoklav)  
 **Desinfektions-/Hygieneplan**

# I Allgemeine Angaben zur Anzeige

## 1. Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Vertretungsberechtigten i. S. §2 (3) des Arbeitsschutzgesetzes:

	Anschrift der Betriebsstätte (falls abweichend):
--	--

## 2. Verantwortliche Person (§ 13 (1) Nr. 1 Arbeitsschutzgesetz) (falls abweichend von 1.):

Name:	
Funktion:	

## 3. Projektleiter, Laborleiter (falls abweichend von 1.):

Name:	
Funktion:	
seit:	

## 4. Benannte Person nach § 10 (2) oder § 11 (7) Nr. 3 BioStoffV

(bei Tätigkeiten der Schutzstufe 3 oder 4 in Laboratorien, in der Versuchstierhaltung sowie in der Biotechnologie und der Schutzstufe 4 in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes):

Name:	
Vorname:	
Straße/Hausnummer:	
PLZ/Wohnort:	

## 5. Anzahl der Beschäftigten:

Anzahl der Beschäftigten, die die angezeigten Tätigkeiten durchführen werden:	
---	--

**6. Beschreibung der Änderung (siehe Nr. B.), Umfang des Einstellens (siehe Nr. D.) bzw. Angaben zur Aufnahme eines infizierten Patienten (oder siehe Nr. C.):**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to provide a description of the change, the scope of the adjustment, or information regarding the admission of an infected patient. The box occupies most of the page below the question.

## II Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung (gemäß §4 BioStoffV)

(für Nr. A.-C. nach TRBA 400)

7. Allgemeine Beschreibung der vorgesehenen Tätigkeiten mit Angabe, ob es sich um gezielte oder nicht gezielte Tätigkeiten handelt:

--

8. Bezeichnung und Lage der Räume:

Gebäude	Raum-Nr.	Größe (m <sup>2</sup> /m <sup>3</sup> )	Raumfunktion (z. B. Labor, Biotechnikum etc.)
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
<b>Sonstiges</b> z. B. Angaben bei nicht gebäudebezogenen Arbeitsplätzen i. d. Versuchstierhaltung			

9. Weitere/bisherige Zulassungs-/Genehmigungslage zur Durchführung der Arbeiten  
(z. B. GenTG; IfSG; Tierseuchenerreger-VO; BioStoffV):

Rechtsgrundlage	Behörde	Aktenzeichen/Datum	Status
			-
			-
			-
			-



**12. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung:**

Eine Gefährdungsbeurteilung wurde durchgeführt am:	-
<b>Risikogruppe</b> des biologischen Arbeitsstoffes mit dem höchsten Gefährdungsgrad	-
Sicherheitsmaßnahmen folgender <b>Schutzstufe</b> sind erforderlich	-

**13. Tätigkeitsbezogene Gefährdungen:**

	<b>Expositions-/Infektionsgefahr</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

**14. Ändert sich die Gefährdung durch die toxische oder sensibilisierende Wirkung der Biostoffe z. B. durch Aerosolbildung/bestimmte Arbeitsschritte?**

- ja       nein       nicht relevant

wenn ja, welche Änderungen in welchen Arbeitsbereichen?

**15. Festlegung/Nachprüfung der Schutzmaßnahmen gemäß Gefährdungsbeurteilung**

**a. Bauliche und Technische Schutzmaßnahmen:**

(Liste evtl. auf einem Beiblatt ergänzen)

		<b>umgesetzt</b>	
		<b>ja</b>	<b>nein</b>
1.	Mikrobiologische Sicherheitswerkbank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Abzug mit Hochleistungs-Schwebstoff-Filter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Oberflächen sind leicht zu reinigen und beständig gegen die verwendeten Desinfektionsmittel und Chemikalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Geräte (z.B. Zentrifugen) setzen keine Bioaerosole frei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Kontaminierte Prozessabluft wird nicht unbehandelt in den Arbeitsbereich abgegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b. Organisatorische Schutzmaßnahmen:**

(Liste evtl. auf einem Beiblatt ergänzen)

		umgesetzt	
		ja	nein
1.	Zugangsbeschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Betriebsanweisungen gemäß § 14 (1) BioStoffV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Maßnahmen bei Betriebsstörungen oder Unfällen gemäß §13 (1) BioStoffV festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Unterweisungen gemäß § 14 (2) u. (3) BioStoffV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	regelmäßige Prüfungen gemäß § 8 (6) BioStoffV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hygieneplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	sichere Entsorgung gebrauchter spitzer und scharfer Arbeitsmittel gemäß § 10 (1) Nr. 2 bzw. § 11 (4) BioStoffV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**c. Persönliche Schutzmaßnahmen:**  
(Liste evtl. auf einem Beiblatt ergänzen)

		umgesetzt	
		ja	nein
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Werden die Vorgaben der TRBA eingehalten?**

(ggf. Abweichungen von den TRBA mit Begründung auf einem Beiblatt ergänzen)

	ja	nein	nicht relevant	Wenn nein, Begründung
TRBA 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRBA 105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRBA 120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRBA 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRBA 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**17. Arbeitsmedizinische Vorsorge:**

	ja	nein	Art der Vorsorge gem. ArbMedVV
Pflichtvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunisierungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**18. Beteiligte Personen bei der Gefährdungsbeurteilung:**

Fachkraft für Arbeitssicherheit:	
Betriebsarzt:	
Sonstige Fachkundige:	
Betriebsrat:	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des Labor-/Projektleiters