

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 detailed 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 ² /m ³)	Raumfunktion (z. B. Labor, Biotechnikum etc.)
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
Sonstiges 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
			-
			-
			-
			-

10. Biostoffe:

Spezies	Risiko- gruppe	Übertragungsweg	Zusätzliche Eigenschaften i. S. § 7 (2) BioStoffV
--	-		
--	-		
--	-		
--	-		
--	-		
--	-		
--	-		

- Weitere Biostoffe auf gesondertem Beiblatt auflisten
- Falls eine sensibilisierende oder toxische Wirkung der Biostoffe vorliegt, ist hierfür eine ergänzende Gefährdungsbeurteilung, inkl. ergänzender Schutzmaßnahmen, beizufügen.

11. Tätigkeiten:

mit Angabe der Gerätschaften und der eingesetzten Mengen bzw. Volumina (ggfs. als Anlage beifügen)

Arbeitsbereiche/ Räume	Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen		Max. Arbeits- volumen
	Art und Dauer	Arbeitsweise	

12. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung:

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

13. Tätigkeitsbezogene Gefährdungen:

	Expositions-/Infektionsgefahr
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)

		umgesetzt	
		ja	nein
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