

MELDESKJEMA FOR SOLARIER

Virksomhetens navn: _____

Postadresse: _____

Tlf.nr.: _____

Eier: _____

Kontaktperson: _____

FORSKRIFT OM HYGIENEKRAV FOR FRISØR-, HUDPLEIE-, TATOVERINGS OG HULLTAKINGSVIRKSOMHET M.V:

§ 2 VIRKEOMRÅDE

Type virksomhet (kryss av):

Solstudio

Treningssenter

Arbeidsplass

Annet, spesifiser: _____

§ 4 INTERNKONTROLL

Har virksomheten utarbeidet et internkontrollsystem med
skriftlige rutiner?

Ja

Nei

§ 5 LOKALER

Er lokalene utformet, innredet og utstyrt på en slik måte at
rengjøring og desinfisering kan skje på en hygienisk
tilfredsstillende måte?

Ja

Nei

Beskriv:

§ 5 LOKALER

Finnes det toalett med håndvaskmulighet?

Ja

Nei

Beskriv lokalenes ventilasjon:

FORSKRIFT OM STRÅLEVERN OG BRUK AV STRÅLING:

BETJENINGSGRAD

Hvilken betjeningsgrad har solstudioet?

Ubetjent

Delvis betjent (betjening er tilgjengelig og kunden setter solingstiden selv)

Betjent (betjening er tilstede hele tiden og setter solingstiden for kunde)

OM SOLARIET

Er virksomheten meldt til Strålevernet? (evt. meldenummer) _____

Ja

Nei

Finnes det spesifikasjoner om tillatte UV-kilder for hver modell?

Ja

Nei

Opplyses kunden om anbefalt solingstid for hver modell?

Ja

Nei

Er første anbefalte tid og årlig solingstid lik for alle hudtyper?

Ja

Nei

Finnes det briller lett tilgjengelig?

Ja

Nei

Kan solarienes tidsur stilles i henhold til doseringsplanene? (kort nok tid)

Ja

Nei

Finnes oppslag med advarselstekst og verneregler lett synlig i lokalet?

Ja

Nei

Finnes det informasjon om 18-års aldersgrense lett synlig i lokalet?

Ja

Nei

Fylles ut for hver solseng:

Rom/ Seng	Modell/fabrikat/godkj.nr hvis tilgjengelig	UV- type3	Advarsels tekst	Rør (antall rør og type, fullstendig angivelse)
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk. Topp: Ansikt: Skulder:

Rom/ Seng	Modell/fabrikat/godkj.nr hvis tilgjengelig	UV- type3	Advarsels tekst	Rør (antall rør og type, fullstendig angivelse)
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk: Topp: Ansikt: Skulder:
				Benk. Topp: Ansikt: Skulder:

Sted

Dato

Underskrift

Utfylt skjema sendes/mailes:

Askøy kommune
v/miljørettet helsevern
Klampavikvegen 1
5300 Kleppestø

postmottak@askoy.kommune.no