

Absender (Anschrift des Antragstellers)

|  |
|--|
|  |
|--|

Aktenzeichen

|  |
|--|
|  |
|--|

## Anzeige

für Tätigkeiten mit biologischen  
Arbeitsstoffen (Biostoffen) nach  
§ 16 Biostoffverordnung (BioStoffV)

► Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen und bei nicht ausreichendem Platzangebot Anlage anfügen. ◀

### 1. Grund der Anzeige

#### Tätigkeiten in Laboratorien, in der Versuchstierhaltung, in der Biotechnologie

- erstmalige Aufnahme gezielter Tätigkeiten mit Biostoffen der Risikogruppe 2 sowie mit Biostoffen der Risikogruppe 3, die mit (\*\*) gekennzeichnet sind (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 a BioStoffV)
- erstmalige Aufnahme nicht gezielter Tätigkeiten der Schutzstufe 2 mit Biostoffen der Risikogruppe 3 einschließlich solcher, die mit (\*\*) gekennzeichnet sind, sofern die Tätigkeiten auf diese Biostoffe ausgerichtet sind und regelmäßig durchgeführt werden sollen (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 b BioStoffV)
- jede für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bedeutsame Änderung der erlaubten o. angezeigten Tätigkeiten, von Räumen, von Einrichtungen etc. (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 BioStoffV)
- Änderung erlaubter oder angezeigter Tätigkeiten durch die Aufnahme von Tätigkeiten mit einem weiteren Biostoff der Risikogruppe 3 (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 BioStoffV)
- Änderung erlaubter Tätigkeiten durch die Aufnahme von Tätigkeiten mit einem weiteren Biostoff der Risikogruppe 4 (§ 16 Abs. 1 Nr. 2 BioStoffV)
- Einstellen einer nach § 15 erlaubnispflichtigen Tätigkeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 4 BioStoffV)

#### Tätigkeiten in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes

- die Inbetriebnahme einer Patientenstation der Schutzstufe 4 bei Aufnahme einer infizierten Patientin oder eines infizierten Patienten sowie die anschließende Außerbetriebnahme (§ 16 Abs. 1 Nr. 3 BioStoffV)
- Einstellen einer erlaubnispflichtigen Tätigkeit (§ 16 Abs. 1 Nr. 4 BioStoffV)

### 2. Name und Anschrift des Arbeitgebers, Aufnahme der Tätigkeit

|                                                                       |               |        |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|--------|
| Einrichtung / Firma / Institution                                     |               |        |
| Adresse                                                               |               |        |
| Name, Vorname des Arbeitgebers                                        |               |        |
| Telefonnummer                                                         | Telefaxnummer | E-Mail |
| Datum der geplanten Aufnahme, Änderung oder Einstellung der Tätigkeit |               |        |

### 3. Verantwortliche Person nach § 13 Abs. 2 Arbeitsschutzgesetz (falls benannt)

Bitte die schriftliche Aufgabenübertragung als Anlage beifügen.

|               |               |          |
|---------------|---------------|----------|
| Name, Vorname |               | Funktion |
| Telefonnummer | Telefaxnummer | E-Mail   |

**4. Weitere für Sicherheit und Gesundheitsschutz verantwortliche Person am Arbeitsplatz**

(Labor- oder Projektleiter bzw. Person mit vergleichbaren Aufgaben)

|               |               |          |
|---------------|---------------|----------|
| Name, Vorname |               | Funktion |
| Telefonnummer | Telefaxnummer | E-Mail   |

**5. Anzahl der Beschäftigten, die die angezeigte Tätigkeit durchführen**

**6. Vorliegen einer Erlaubnis nach § 15 BioStoffV**
 ja     nein

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| wenn ja, Aktenzeichen/Datum der Erlaubnis nach § 15 BioStoffV |
|---------------------------------------------------------------|

**7. Angaben zur Arbeitsstätte, Bezeichnung und Lage der Räume**(Bitte Lageskizze, Grundriss der Räume als Anlage beifügen)

|                                                                           |            |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|
| Betriebsstätte (falls abweichend von der unter Nr. 2 genannten Anschrift) |            |                                                |
| Gebäude                                                                   | Raumnummer | Raumfunktion (z.B. Labor, Versuchstierhaltung) |

**8. Beschreibung der vorgesehenen Tätigkeiten bzw. ihre Änderungen einschließlich der Bezeichnung der Räumlichkeiten, in denen diese Tätigkeiten durchgeführt werden sollen**

|                                                                                                                                                                                                                              |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Arbeitsbereich (Bitte zu Räumlichkeiten entsprechend Nr. 7 zuordnen)                                                                                                                                                         |              |
| Eingesetzte oder vorkommende Biostoffe<br>(Biostoffverzeichnis nach § 7 Abs. 2 BioStoffV als <u>Anlage</u> beifügen, bei nicht gezielten Tätigkeiten Erfassen des maßgeblichen, das Infektionsrisiko bestimmenden Biostoffs) |              |
| Biostoff                                                                                                                                                                                                                     | Risikogruppe |
| Kurzbeschreibung der vorgesehenen Tätigkeiten / Änderungen einschließlich der Bezeichnung der Räumlichkeiten, in denen diese Tätigkeiten durchgeführt werden sollen (ausführliche Beschreibung als <u>Anlage</u> beifügen)   |              |
| Sensibilisierende oder toxische Wirkungen eingesetzter oder vorkommender Biostoffe                                                                                                                                           |              |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt                                                                                                                             |              |
| wenn ja, Biostoff benennen                                                                                                                                                                                                   | Wirkungen    |

**9. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 4 i. V. m. § 5 BioStoffV**

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Laboratorien, Versuchstierhaltung, Biotechnologie:</b>                                                                                                                                                                                                  |                          |               |                                                                               |
| gezielte Tätigkeit                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Schutzstufe 2 | <input type="checkbox"/> Schutzstufe 3 <input type="checkbox"/> Schutzstufe 4 |
| nicht gezielte Tätigkeit                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | Schutzstufe 2 | <input type="checkbox"/> Schutzstufe 3 <input type="checkbox"/> Schutzstufe 4 |
| Einrichtungen des Gesundheitsdienstes:                                                                                                                                                                                                                     |                          |               | <input type="checkbox"/> Schutzstufe 4                                        |
| <b>Festgelegte und umgesetzte Schutzmaßnahmen:</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |               |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> entsprechend Biostoffverordnung                                                                                                                                                                                                   |                          |               |                                                                               |
| <b>in Verbindung mit:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                          |               |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> TRBA / ABAS-Beschlüssen / ABAS-Stellungnahmen                                                                                                                                                                                     |                          |               |                                                                               |
| Nennen Sie die umgesetzten TRBA und ggf. ABAS-Beschlüsse oder -Stellungnahmen:                                                                                                                                                                             |                          |               |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Abweichungen von Schutzmaßnahmen der o.g. Technischen Regeln (TRBA) bzw. Anhänge der BioStoffV (Beschreibung ggf. als <u>Anlage</u> beifügen)                                                                                     |                          |               |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
| <b>oder</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                          |               |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> sofern keine Technische Regel / ABAS-Beschlüsse / ABAS-Stellungnahmen bekannt gemacht wurden, ermittelte und festgelegte baulich/technische, organisatorische und persönliche Schutzmaßnahmen nennen (ggf. <u>Anlage</u> anfügen) |                          |               |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
| Zusätzliche Schutzmaßnahmen bei sensibilisierenden und / oder toxischen Wirkungen der Biostoffe                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                  |                          |               |                                                                               |
| wenn ja, Schutzmaßnahmen benennen                                                                                                                                                                                                                          |                          |               |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |
| Maßnahmen der Dekontamination (Desinfektion, Inaktivierung, Sterilisation) sowie Entsorgung der kontaminierten Proben, Materialien und Abfälle (Verfahren, Firma)                                                                                          |                          |               |                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |               |                                                                               |

Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge (Pflicht-, Angebotsvorsorge gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV))

|                                                              |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum                                                   |                                                                         |
| Name und Unterschrift des Arbeitgebers                       | Name und Unterschrift der verantwortlichen Person (§ 13 Abs. 2 ArbSchG) |
| <div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div> | <div style="background-color: #cccccc; height: 30px;"></div>            |

**Anlagen:**

- zu Nr. 3: Aufgabenübertragung nach § 13 Abs. 2 ArbSchG
- zu Nr. 7: Lageskizze, Grundriss der Räume
- zu Nr. 8: Verzeichnis biologischer Arbeitsstoffe nach § 7 Abs. 2 BioStoffV (Biostoffverzeichnis)
- zu Nr. 8: Tätigkeitsbeschreibung
- zu Nr. 9: Abweichungen von Schutzmaßnahmen
- Weitere Anlagen:

**Anhang:**

Für Ihre Antragsstellung ist die Adresse des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz (TLV) im Rahmen der örtlichen Zuständigkeit der folgenden Übersicht zu entnehmen:

**Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz**

Karl-Liebknecht-Straße 4      Tel: 0361 57-3814 400  
98527 Suhl      Fax: 0361 57-3814 203  
E-Mail: [Abteilung6@tlv.thueringen.de](mailto:Abteilung6@tlv.thueringen.de)

**Dezernat 62 - Regionalinspektion Mittelthüringen**

Linderbacher Weg 30      Tel: 0361 57-3831 000  
99099 Erfurt      Fax: 0361 57-3831 062  
E-Mail: [as-mitte@tlv.thueringen.de](mailto:as-mitte@tlv.thueringen.de)

zugeordnete Aufsichtsgebiete:

Stadt Erfurt      Landkreis Gotha  
Stadt Weimar      Landkreis Sömmerda  
Ilm-Kreis      Landkreis Weimarer Land

**Dezernat 63 - Regionalinspektion Ostthüringen**

Otto-Dix-Straße 9      Tel: 0361 57-3821 100  
07548 Gera      Fax: 0361 57-3821 104  
E-Mail: [as-ost@tlv.thueringen.de](mailto:as-ost@tlv.thueringen.de)

zugeordnete Aufsichtsgebiete:

Stadt Gera      Landkreis Altenburger Land  
Stadt Jena      Landkreis Greiz  
Saale-Holzland-Kreis      Landkreis Saalfeld-Rudolstadt  
Saale-Orla-Kreis

**Dezernat 64 - Regionalinspektion Nordthüringen**

Gerhart-Hauptmann-Str. 3      Tel: 0361 57-3817 300  
99734 Nordhausen      Fax: 0361 57-3817 361  
E-Mail: [as-nord@tlv.thueringen.de](mailto:as-nord@tlv.thueringen.de)

zugeordnete Aufsichtsgebiete:

Landkreis Nordhausen      Kyffhäuserkreis  
Landkreis Eichsfeld      Unstrut-Hainich-Kreis

**Dezernat 65 - Regionalinspektion Südthüringen**

Karl-Liebknecht-Straße 4      Tel: 0361 57-3814 800  
98527 Suhl      Fax: 0361 57-3814 890  
E-Mail: [as-sued@tlv.thueringen.de](mailto:as-sued@tlv.thueringen.de)

zugeordnete Aufsichtsgebiete:

Stadt Suhl      Landkreis Hildburghausen  
Stadt Eisenach      Landkreis Schmalkalden-Meiningen  
Wartburgkreis      Landkreis Sonneberg

**Hinweise:**

- Die Anzeigen sind im Rahmen der ausgewiesenen örtlichen Zuständigkeiten an die entsprechenden Regionalinspektionen zu stellen.
- Diese können Sie bei auftretenden Fragen zur Antragstellung unterstützen. Konkrete Ansprechpartner sind unter den ausgewiesenen Telefonnummern zu erfragen.