

<input type="checkbox"/> Antrag nach § 44 Infektionsschutzgesetz <input type="checkbox"/> Anzeige einer Aufnahme von Tätigkeiten nach § 49 Infektionsschutzgesetz
--

zuständige Behörde

Landeshauptstadt Kiel
 Amt für Gesundheit
 Fleethörn 18

24 103 Kiel

1. Antragsteller

Name, Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon	Fax	E-mail

2. Verantwortlicher Leiter der Arbeiten

Name, Vorname		<input type="checkbox"/> Erlaubnis nach § 19 BSeuchG liegt vor. <input type="checkbox"/> Erlaubnis nach § 44 IfSG liegt vor.
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon	Fax	E-mail

3. Anlagen des Antragstellers	4. Qualifikation des verantwortlichen Leiters
--------------------------------------	--

<input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> Veterinärmedizin <input type="checkbox"/> Zahnmedizin <input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches UNI - Studium <input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches FH - Studium <u>andere Tätigkeiten</u> <input type="checkbox"/> Bakteriologie <input type="checkbox"/> Mykologie <input type="checkbox"/> Parasitologie <input type="checkbox"/> Virologie <input type="checkbox"/> Tätigkeitsnachweis <input type="checkbox"/> ≥2 Jahre	<input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> Veterinärmedizin <input type="checkbox"/> Zahnmedizin <input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches UNI - Studium <input type="checkbox"/> naturwissenschaftliches FH - Studium <u>andere Tätigkeiten</u> <input type="checkbox"/> Bakteriologie <input type="checkbox"/> Mykologie <input type="checkbox"/> Parasitologie <input type="checkbox"/> Virologie <input type="checkbox"/> Tätigkeitsnachweis <input type="checkbox"/> ≥2 Jahre
--	--

5. Aufnahme von Tätigkeiten mit Krankheitserregern gemäß § 49 IfSG bei:

Firma, Institut		Datum:
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon	Fax	E-mail

6. Bezeichnung und Lage der betreffenden Laboratorien *

Straße	Ort	Stockwerk	Raum-Nr.	Laborbezeichnung

7. Beschreibung der vorgesehenen Arbeiten

Erreger:	Risikogruppe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Erreger:	Risikogruppe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Erreger:	Risikogruppe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

8. Beschreibung der Sterilisation und Entsorgung der kontaminierten Proben und Materialien.

--

Datum der Antragstellung	Unterschrift des Antragstellers
--------------------------	---------------------------------