

**Bescheinigung der hygienisch - sanitären Eignung  
Beherbergungsbetrieb**

Gastgewerblicher Betrieb mit Tätigkeitsbeginnmeldung (DIA) vom:.....

Name des Betriebes mit Anschrift

.....,

mit folgenden Einrichtungen und Tätigkeiten:

**1.1. Übersicht über die Zimmer und Betten**

Hauptgebäude ..... in Tirol, .....

Stockwerk	1 Bett- zimmer	2 Bett- zimmer	3 Bett- zimmer	Appartement 1 Person	Appartement 2 Personen	Appartement 3 Personen	Anzahl der Gästebetten	Personal- zimmer	Anzahl Per- sonalbetten
<b>insgesamt</b>									
<b>Anzahl der Zimmer ohne Dusche: Nr. ....</b>					<b>Anzahl der Zimmer ohne WC: Nr. ....</b>				
<b>Anzahl der Zimmer ohne natürlicher/künstlicher Belüftung:Nr.....</b>					<b>Anzahl der behindertengerechten Zimmer:Nr.....</b>				

Nebengebäude 1 ..... in Tirol, .....

Stockwerk	1 Bett- zimmer	2 Bett- zimmer	3 Bett- zimmer	Appartement 1 Person	Appartement 2 Personen	Appartement 3 Personen	Anzahl der Gästebetten	Personal- zimmer	Anzahl Per- sonalbetten
<b>insgesamt</b>									
<b>Anzahl der Zimmer ohne Dusche: Nr. ....</b>					<b>Anzahl der Zimmer ohne WC: Nr. ....</b>				
<b>Anzahl der Zimmer ohne natürlicher/künstlicher</b>					<b>Anzahl der behindertengerechten Zimmer:Nr.....</b>				

Belüftung:Nr.....	
-------------------	--

Nebengebäude 2 ..... in Dorf Tirol, .....

Stockwerk	1 Bett-zimmer	2 Bett-zimmer	3 Bett-zimmer	Appartement 1 Person	Appartement 2 Personen	Appartement 3 Personen	Anzahl der Gästebetten	Personal-zimmer	Anzahl Personalbetten
<b>insgesamt</b>									
Anzahl der Zimmer ohne Dusche: Nr. ....					Anzahl der Zimmer ohne WC: Nr. ....				
Anzahl der Zimmer ohne natürlicher/künstlicher					Anzahl der behindertengerechten Zimmer:Nr.....				
Belüftung:Nr.....									

Nebengebäude 3 ..... in Tirol, .....

Stockwerk	1 Bett-zimmer	2 Bett-zimmer	3 Bett-zimmer	Appartement 1 Person	Appartement 2 Personen	Appartement 3 Personen	Anzahl der Gästebetten	Personal-zimmer	Anzahl Personalbetten
<b>insgesamt</b>									
Anzahl der Zimmer ohne Dusche: Nr. ....					Anzahl der Zimmer ohne WC: Nr. ....				
Anzahl der Zimmer ohne natürlicher/künstlicher					Anzahl der behindertengerechten Zimmer:Nr.....				
Belüftung:Nr.....									

### 1.2. Räume für Gäste und Personal:

**Sanitäre Einrichtungen** getrennt nach Geschlecht mit WC-Vorraum; Waschbecken mit Warm- und Kaltwasser; nicht-Hand-bedienbare Armaturen; Flüssig- oder Pulverseifenspender, elektrischer Händetrockner oder Papierhändtücher sind :  
 vorhanden.....  
 nicht vorhanden.....  
 teils vorhanden.....

<b>Speisesaal</b>	..... m <sup>2</sup>	lichte Höhe: ..... m	Fensterfläche von ..... m <sup>2</sup>
<b>Aufenthalts- / Frühstücksraum</b>	..... m <sup>2</sup>	lichte Höhe: ..... m	Fensterfläche von ..... m <sup>2</sup>
<b>Betriebsoffice</b>	..... m <sup>2</sup>	lichte Höhe: ..... m	Fensterfläche von ..... m <sup>2</sup>

**Umkleiderraum für das Personal Anzahl:.....**

### 1.3. Schwimmbad/Sauna

Schwimmbad im Freien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.	Hallenbad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sauna im Freien:	Sauna im geschlossenen:
Das Schwimmbecken hat eine Filtrationsanlage und Desinfektionsanlage mit :	Das Hallenbad hat eine Filtrationsanlage und Desinfektionsanlage mit :

**Wasser:** Das *Trinkwasser:* öffentliches Trinkwasser.....  
privates Trinkwasser mit Trinkbarkeit.....  
*Die Abwässer werden entsorgt:* öffentliche Kanalisierung.....  
biologisches Becken.....  
andere Methode.....

### Küche

Nutzfläche: ..... m <sup>2</sup>	Fensterfläche: ..... m <sup>2</sup>	lichte Höhe: ..... m	Abzugshaube: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.
Fliesen bis Höhe: ..... m	Schutz vor Insekten: <input type="checkbox"/> Elektrische Vorrichtung <input type="checkbox"/> Netze <input type="checkbox"/> kein Schutz		
Kühlschrank mit Temperatur:	<input type="checkbox"/> + 4° C Anzahl .....	<input type="checkbox"/> - 18° C Anzahl .....	

**- Lageraum für Getränke und Lebensmittel:**  
geeignet; leicht zu reinigende Wandbeschaffenheit (abwaschbarer Anstrich oder Fliesen);  
Vorrichtungen zur Vermeidung von Mäusen und Insekten: Netze oder elektrische Vorrichtung  
vorhanden.

.....  
(Unterschrift und Firmenstempel)

Anlage: **Grundrisse im Maßstab 1:100**

Laut EU Bestimmungen (Art. 6, 2° Abs. des EU Verordnung 852/2004) ist für die Herstellung/Zubereitung von Speisen und Getränke keine zusätzliche Genehmigung erforderlich

### **GUTACHTEN DES AMTSARZTES MIT AUFLAGEN**

Der unterfertigte Amtsarzt der Gemeinde Tirol Herr Dr. Eugen Sleiter hat am ..... einen Lokalaugenschein vorgenommen.

#### **Folgende Abweichungen von den Angaben des Antragstellers wurden festgestellt:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### **Folgende Vorschriften sind vor der Ausstellung eines positiven Gutachtens zu erfüllen:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tirol, .....

DER AMTSARZT

- Dr. Eugen Sleiter -

### **POSITIVES GUTACHTEN DES AMTSARZTES**

Der unterfertigte Amtsarzt der Gemeinde Tirol Herr Dr. Eugen Sleiter hat am ..... einen Lokalaugenschein vorgenommen.

Der unterfertigte Amtsarzt erteilt ein

**positives Gutachten**

für die hygienisch - sanitäre Eignung.

Tirol, .....

DER AMTSARZT

- Dr. Eugen Sleiter -