

**Anmeldung zur  
Strahlenschutzuntersuchung**

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: \_\_\_\_\_

An den  
Betriebsärztlichen Dienst  
„Marsilius-Arkaden - Turm West“  
Im Neuenheimer Feld 130.3 (2.OG)

69120 Heidelberg

Institut: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

**Durchführung der Strahlenschutzverordnung**

**Hier: Ärztliche Überwachung gemäß §§§ 77, 78, 175 StrlSchV**

Erstuntersuchung

Wiederholungsuntersuchung

Abschlussuntersuchung

Letzte Strahlenschutzuntersuchung am: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person:**  männlich  weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

tätig als: \_\_\_\_\_

**Angaben über die Art der Tätigkeit:**

| Umgang mit ...                    | häufig                   | gelegentlich             | nein                     | Isotope: |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| offenen radioaktiven Stoffen:     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| umschlossenen radioaktiven Stoffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Linearbeschleunigern:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
| Röntgeneinrichtungen:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |

Änderungen seit der letzten Untersuchung / Bemerkung:

**Anmeldung zur  
Strahlenschutzuntersuchung**

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: \_\_\_\_\_

**Angaben zur beruflichen Strahlenexposition:**

War die o.g. Person schon früher ionisierender Strahlung ausgesetzt?  Ja  Nein

Falls ja, bitte dortigen Ansprechpartner, Telefon und Adresse angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                                   | Bestrahlung von außen |                 |       | Inkorporation   |                 |       |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-------|
|                                   | effektive Dosis       | Teilkörperdosis |       | effektive Dosis | Teilkörperdosis |       |
|                                   |                       | Körperteil      | Dosis |                 | Organ           | Dosis |
| insgesamt bisher erhaltene Dosis: | mSv                   | -               | mSv   | mSv             | -               | mSv   |
| vergangenes Kalenderjahr          |                       |                 |       |                 |                 |       |
| bisherige Jahresdosis             |                       |                 |       |                 |                 |       |

Strahlenpass vorhanden?  Ja  Nein

Falls ja, bitte Strahlenpassnummer angeben: \_\_\_\_\_

Eingruppiert als beruflich strahlenexponierte Person der Kategorie:  A  B

**Physikalische Strahlenschutzkontrolle:**

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Überwachungssysteme:                      | Ja                       | Nein                     |
| Filmdosimeter GD 60 (amtlich, Ganzkörper) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fingerringdosimeter (amtlich, Teilkörper) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jederzeit ablesbares Dosimeter            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Messung der Ortsdosisleistung             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inkorporationsüberwachung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Unterschrift (SSB):** \_\_\_\_\_

**Vermerke des ermächtigten Arztes:**

Untersuchungstermin: \_\_\_\_\_ Ersatztermin: \_\_\_\_\_

Termin wahrgenommen?  Ja  Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift (Arzt):** \_\_\_\_\_