

Anmeldung zur Strahlenschutzuntersuchung

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

69120 Heidelberg

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: _____

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
OSL-Dosimeter (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): _____