

**Anzeige der Schwangerschaft
einer beruflich strahlen-
exponierten Mitarbeiterin**

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: _____

An den
ZENTRALBEREICH Neuenheimer Feld
Abt. 2.3 Strahlenschutz
Im Neuenheimer Feld 327 / Raum Nr. 104

69120 Heidelberg
Fax: 06221 – 54 16939
Mail: strahlenschutz@znf.uni-heidelberg.de

Institut: _____

Abteilung: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Angaben zur Person:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Personal-Nr.: _____

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 Stoffen:	<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"/>	
Störstrahlern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Schwangerschaft mitgeteilt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Vom Umgang mit radioaktiven Stoffen freigestellt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Zur Strahlenschutzuntersuchung angemeldet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Arbeitsplatz außerhalb der Strahlenschutzbereiche zugewiesen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gebäude: _____ Raum: _____
Mitarbeiterin wurde unterwiesen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____

Unterschrift (SSB): _____