

Erhebungsbogen für beruflich strahlenexponierte Mitarbeiter

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: _____

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

Institut: _____

69120 Heidelberg
Fax: 06221 – 54 6125
Mail: strahlenschutz@znf.uni-heidelberg.de

Abteilung: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen

Anmeldung **Abmeldung**

beruflich strahlenexponierter Mitarbeiter beim Strahlenschutz

Angaben zur Person: männlich weiblich

Anmelde-Datum: _____ Abmelde-Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Personal-Nr.: _____

Telefon: _____ tätig als: _____

Letzte Strahlenschutzuntersuchung am: _____

Letzte Unterweisung am: _____

Dosimeter ausgegeben am: _____

Zur Strahlenschutzuntersuchung angemeldet am: _____

Zur Abschlussuntersuchung angemeldet am: _____

Angaben über die Art der Tätigkeit:

Umgang mit ...	häufig	gelegentlich	nein	Isotope:
offenen radioaktiven Stoffen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Voraussichtl. Gesamtumgangsmenge in MBq:</i>				
umschlossenen radioaktiven Stoffen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Voraussichtl. Gesamtumgangsmenge in MBq:</i>				
Linearbeschleunigern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgeneinrichtungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erhebungsbogen für beruflich strahlenexponierte Mitarbeiter

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: _____

Unterschrift (SSB): _____

Vermerke der Abt. Strahlenschutz:

Eingruppiert als beruflich strahlenexponierte Person der Kategorie: A B

Erforderliche physikalische Strahlenschutzkontrollen:

Überwachungssysteme:	Ja	Nein
Filmdosimeter GD60 (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"/>
Raumluftmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Beendigung der Tätigkeit als beruflich strahlenexponierte Person an der Universität Heidelberg:

Effektive Dosis (Summe intern + extern)

Von: _____ bis: _____

Sv

geprüft: **Datum, Unterschrift (Strahlenschutz):** _____