

**zur Vorlage bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge
bei Wunschuntersuchungen für beruflich strahlenexponierte Personen**

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;">(Name)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;">(Vorname)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 40%;">(geb. Datum)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">(Fakultät/ Einrichtung/ tätig in)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(tätig als)</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">(Beginn d. Tätigk. als berufl. strahlenexp. Person)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">(zuständiger Strahlenschutzbeauftragter)</td> </tr> </table>	(Name)	(Vorname)	(geb. Datum)	(Fakultät/ Einrichtung/ tätig in)			(tätig als)	(Beginn d. Tätigk. als berufl. strahlenexp. Person)		(zuständiger Strahlenschutzbeauftragter)			<p>Strahlenschutzverordnung Röntgenverordnung Kategorie B Arbeit in Fremdanlagen Wechsel der Tätigkeiten Strahlenpass vorhanden</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p>(Strahlenpass Nr.)</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/>
(Name)	(Vorname)	(geb. Datum)											
(Fakultät/ Einrichtung/ tätig in)													
(tätig als)	(Beginn d. Tätigk. als berufl. strahlenexp. Person)												
(zuständiger Strahlenschutzbeauftragter)													
<p>Es handelt sich um eine Wunschuntersuchung. Das Ergebnis wird dem Arbeitgeber <u>nicht</u> zur Kenntnis gebracht. Das Referat 7 verbucht ggf. nur die Teilnahme - <u>kein Ergebnis</u>. Sollte es Rückfragen des Arztes geben, unter welcher Telefonnummer soll dies erfolgen? Tel.-Nr.: _____</p>													
Strahlen- quelle	<p>offene radioaktive Stoffe umschl. radioaktive Stoffe</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p>(sonstige Strahlenquelle/ bei radioakt. Stoffen ggf. Nennung von Nuklid oder Verbindung)</p>	<p>Röntgenstrahler Beschleuniger Neutronenquelle</p>											
Zweck der Anwendung	<p>Diagnostik Therapie Radiochemie</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p>(sonstige Angaben zur Anwendung/ Herstellung von...)</p>	<p>Reparatur/ Wartung Werkstoffprüfung physikalische Messung</p>											
Ermittlung der Körperdosis	<p>Die Körperdosis wird/ wurde ermittelt ja nein wenn ja durch:</p> <p style="margin-left: 20px;">Abschätzung oder Berechnung aus Eigenschaften der Strahlenquelle</p> <p style="margin-left: 20px;">Messung der Ortsdosis, der Ortsdosisleistung, der Konzentration radioaktiver Stoffe</p> <p style="margin-left: 20px;">Messung der Körperaktivität als</p> <p style="margin-left: 40px;">Ganzkörpermessung Ausscheidungsmessung</p> <p style="margin-left: 20px;">Messung der Personendosis</p> <p style="margin-left: 40px;">Ganzkörperdosis Teilkörperdosis</p> <p style="margin-left: 40px;">mit amlt. Dosimeter mit amlt. Dosimeter</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="margin-left: 20px;">(Messort/ Messort am Körper bei Messung der Personendosis)</p> <p>Es wurde schon einmal eine Körperdosis/außergewöhnliche Strahlenexposition festgestellt</p> <p style="margin-left: 20px;">ja nein</p> <p>wenn ja wann und in welcher Form</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/>												

Ja, ich möchte die Wunschuntersuchung _____
(Datum)

(Unterschrift Mitarbeiter)