

_____ (Name) (Vorname) (geb. am)	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Abschlussuntersuchung <input type="checkbox"/> StrlSchV <input type="checkbox"/> Kat A (> 6 mSv) <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
_____ (Arbeitgeber / Dienststelle)	Untersuchungs-Datum _____ ERGOMED (www.ergomed-landau.de)
_____ (Wohnung)	

## Angaben zur beruflichen Strahlenexposition

**Strahlenquelle**

offene radioaktive Stoffe, welche \_\_\_\_\_  
 umschl. radioaktive Stoffe, welche \_\_\_\_\_  
 Röntgenstrahler  Neutronenquellen  
 Telecuriegeräte  Kernkraftwerke  
 Beschleuniger  sonstige kerntechnische Anlagen  
 sonstige Strahlenquellen \_\_\_\_\_  
(Bezeichnung)

**Zweck der Anwendung der Strahlenquelle**

Diagnostik **Betriebsart**  Medizin  
 Therapie  Industrie  
 Radiochemie  Forschungsinstitut  
 Werkstoffprüfung  Kerntechnik  
 Wartung und Reparatur  sonstige \_\_\_\_\_  
 Forschung  
 sonstiges \_\_\_\_\_  
(z.B. Herst./Aufber./Entsorgg. von)

**Art der Ermittlung der Körperdosen**

Messung der Personendosis  
 als Ganzkörperäquivalentdosis  als Teilkörperäquivalentdosis  
 mit  Filmdosimeter oder anderem amtlichen Dosimeter  
 Stabdosimeter oder anderem, jederzeit ablesbarem Dosimeter  
 Thermolumineszenzdosimeter  
 \_\_\_\_\_  
 Befestigungsort:  Rumpf  \_\_\_\_\_  
 Messung der Ortsdosis, der Ortsdosisleistung, der Konzentration radioaktiver Stoffe in der Luft  
 Messung der Körperaktivität oder der Aktivität der Ausscheidungen  
 Ganzkörpermessung  Ausscheidungsmessung  
 Abschätzung oder Berechnung aus den Eigenschaften der Strahlenquelle

**Ergebnisse der Ermittlung der Körperdosen**

Inkorporationen:  keine  
 einmal Dosis: \_\_\_\_\_  
 mehrmals Dosis: \_\_\_\_\_

alle Angaben in mSv (mSv)	Bestrahlung von außen			Bestrahlung durch Inkorporation	
	Personendosis	Ganzkörperdosis	Teilkörperdosis	Ganzkörperdosis	Teilkörperdosis
bisher akkumulierte Dosis					
Dosis im vergangenen Kalenderjahr					
Dosis im laufenden Kalenderjahr					
Dosis in den letzten 13 Wochen					

**Außergewöhnliche Strahlenexposition**  nein  ja wann \_\_\_\_\_ wie oft \_\_\_\_\_  
**Nachweisbuch ausgestellt**  nein  ja  
 Beginn der Tätigkeit als strahlenexp. Pers. \_\_\_\_\_ tätig in \_\_\_\_\_  
 Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Strahlenschutzverantwortlichen, -beauftragten) (Stempel Unternehmen)