

**Application Form for the Radiation Protection Department  
- Dosimetry Campus Lise Meitner-**

HZB Employee

HZB Guest

Department: \_\_\_\_\_

Family name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Forename: \_\_\_\_\_ Sex:  male  female

**For Guest:**

**Employer:** \_\_\_\_\_

(University or institution)

**Address:** \_\_\_\_\_

(of Employer)

**Personal contact:** \_\_\_\_\_

(Head of department)

**Phone:** \_\_\_\_\_

**I will work in the following radiation controlled area of HZB**

from \_\_\_\_\_ until \_\_\_\_\_

**BER II:**

- neutron guide hall      instrument-no.: \_\_\_\_\_  
 experiment hall      instrument-no.: \_\_\_\_\_  
 reactor hall  
 all areas mentioned above

**Accelerator:**

- VICKSI / ATT

**other Departments:**

- radio-nuclide lab.      room-no.: \_\_\_\_\_  
 measurement lab.      room-no.: \_\_\_\_\_  
 radiation facility      room-no.: \_\_\_\_\_  
 x-ray lab.      room-no.: \_\_\_\_\_  
 radiation source      room-no.: \_\_\_\_\_  
 radioactive waste deposit

I already worked in radiation controlled areas: from \_\_\_\_\_ until \_\_\_\_\_  
at (address): \_\_\_\_\_

I never worked in radiation controlled areas.

	Date	Name / Signature	Phone at HZB
Employee/ Guest :	_____	_____	_____
Group-Leader/ Contact :	_____	_____	_____

## Strahlenschutz-Überwachung

Wird von der Personendosimetrie ausgefüllt !

### Personen von deutschen Firmen und Instituten

Strahlenpaß, Nr.: \_\_\_\_\_ gültig bis : \_\_\_\_\_

Kategorie:  A  B

bei Kategorie A Datum der letzten SSU: \_\_\_\_\_

- Genehmigung nach § 15 StrlSchV
- Abgrenzungsvertrag
- amtliches Dosimeter
- Einverständniserklärung des Arbeitgebers

### Personen von ausländischen Firmen und Instituten

- Vordosisbescheinigung
- amtliches Dosimeter
- Einverständniserklärung des Gastes

Strahlenschutzüberwachung nach:  StrlSchV  RöV

Kategorie:  A  B  keine beruflich strahlenexponierte Person

Vordosisbescheinigung notwendig  liegt vor  
 liegt nicht vor  angefordert am \_\_\_\_\_  
bei : \_\_\_\_\_

Voruntersuchung BC notwendig

Strahlenschutzuntersuchung:  ja  nein

Inkorporationsüberwachung:  ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (Personendosimetrie) : \_\_\_\_\_