

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

HZB Employee
 HZB Guest
Department: _____

Family name: _____ Title: _____

Forename: _____

Name at birth: _____

Date of birth: _____ Sex: male female

Place of birth: _____

Nationality (all): _____

For Guests:

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:

<input type="radio"/> neutron guide hall	instrument-no.: _____
<input type="radio"/> experimental hall	instrument-no.: _____
<input type="radio"/> reactor hall	
<input type="radio"/> all areas mentioned above	

Accelerator: VICKSI / ATT

other Departments:

<input type="radio"/> radio-nuclide lab.	room-no.: _____
<input type="radio"/> measuring lab.	room-no.: _____
<input type="radio"/> radiation facility	room-no.: _____
<input type="radio"/> x-ray lab.	room-no.: _____
<input type="radio"/> radiation source	room-no.: _____
<input type="radio"/> 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 § 25 StrlSchG
- Abgrenzungsvertrag
- amtliches Dosimeter
- Einverständniserklärung des Arbeitgebers

Personen von ausländischen Firmen und Instituten

- Vordosisbescheinigung
- amtliches Dosimeter
- Einverständniserklärung des Gastes

Strahlenschutzüberwachung nach StrlSchV/StrlSchG

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) : _____