

**Anzeige der Schwangerschaft  
einer beruflich strahlen-  
exponierten Mitarbeiterin**

Vom Strahlenschutzbeauftragten

Name: \_\_\_\_\_

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

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

Institut: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Personal-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ tätig als: \_\_\_\_\_

**Angaben über die Art der Tätigkeit:**

Umgang mit ...	häufig	gelegentlich	nein	Isotope:
offenen radioaktiven Stoffen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
umschlossenen radioaktiven Stoffen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linearbeschleunigern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgeneinrichtungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Störstrahlern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen**

Schwangerschaft mitgeteilt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Vom Umgang mit radioaktiven Stoffen freigestellt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Zur Strahlenschutzuntersuchung angemeldet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____
Arbeitsplatz außerhalb der Strahlenschutzbereiche zugewiesen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Gebäude: _____ Raum: _____
Mitarbeiterin wurde unterwiesen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	am: _____

**Unterschrift (SSB):** \_\_\_\_\_